FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1926 **THÈSE** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Philippe NAUDIÈRE

Né le 16 janvier 1901 à Montluçon (Allier)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU TRAITEMENT DES PRÉSENTATIONS DE L'ÉPAULE NÉGLIGÉES

Président : M. COUVELAIRE, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1926

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	N..
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHET. ERE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULE	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale
CHIAMPY	Histologie.
CHRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRE	Hygiène.
DE JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ECALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expériment.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.

MM.	
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBE (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LEVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.

III. AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
BOUGEROT	Pathologie médicale.
BUENIOT	Obstétrique.

MM.	
RETTERER	Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE.	Clinique médicale.
LEREBOULLET	Clinique médicale infantile.

MM.	
LERI	Clinique médicale.
LŒPER	Clinique médicale.
PROUST	Clinique chirurgica
RATHERY	Clinique médica e.
SCHWARTZ	Clinique chirurgica

V. — CHARGÉS DE COURS

M. MAUCLAIRE agrégé	Chargé du cours de chirurgie orthopé chez l'adulte pour les accidentés du vail, les mutilés de guerre et les infi adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs au et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

qu'une mort prématurée arracha brutalement à mon affection, me privant du plus précieux des conseillers et du meilleur des amis.

A MA MÈRE ET A MA SŒUR

dont la tendresse toujours vigilante chercha à m'épargner les moindres peines.

A MES GRANDS-MÈRES

dont je n'oublierai jamais les bontés à mon égard.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
A LA FACULTÉ DE PARIS
ACCOUCHEUR DE BAUDELOCQUE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

pour le grand honneur qu'il m'a fait en acceptant de présider ma thèse.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

DE CLERMONT-FERRAND ET DE PARIS

A Monsieur le docteur LOUIS DEVRAIGNE

ACCOUCHEUR DE LARIBOISIÈRE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Avant de commencer l'exposé de ce travail, nous sommes heureux d'adresser l'hommage de nos remerciements aux maîtres qui nous ont guidé pendant nos années d'études.

A nos maîtres dans les hôpitaux de Paris, Messieurs les Docteurs Arrou, Devraigne, Hallé, Lesné, Lortat-Jacob.

A nos maîtres dans les hôpitaux de Clermont, Messieurs les Docteurs Bousquet, Alary, Buy, Grasset, Maurin, Merle, Mornac, Moureyre Prollet et tout particulièrement Messieurs les Docteurs Billard et Lepetit, dans les services desquels nous avons passé nos deux premières années d'études.

*
* *

Qu'il nous soit permis d'exprimer ici notre vive reconnaissance à M. le Dr Louis Devraigne, accoucheur de Lariboisière, dont nous eûmes l'honneur d'être l'élève. Nous le remercions de la bonté avec laquelle il nous accueillit dans son service, nous prodiguant les

conseils de son expérience et de sa science, en des leçons toujours attachantes.

Il a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse et nous guider dans sa rédaction, facilitant notre travail, et dirigeant nos recherches.

*
* *

Nous avons été vivement touché de l'amabilité avec laquelle M. le professeur agrégé Gueniot et M. le Dr Cathala, accoucheur de l'hôpital Saint-Louis, nous ont permis de puiser dans leurs observations et nous les prions d'accepter nos sincères remerciements.

INTRODUCTION

La dystocie créée par la présentation transversale du fœtus est un des grands dangers contre lesquels luttent les accoucheurs. Car suivant la phrase des classiques : « Quand l'enfant se présente par l'épaule, et que la présentation n'est pas corrigée, l'accouchement est impossible; l'enfant meurt et la mère succombe souvent sans être délivrée ».

Il faut donc agir soit au cours de la gestation, soit au moment du travail.

Grâce aux conseils donnés par les maîtres de l'obstétrique qui ont montré l'importance des examens successifs, l'éducation du public s'est faite peu à peu. Les femmes enceintes viennent consulter soit dans les Maternités des hôpitaux, soit chez des médecins ou des sages-femmes de ville. Et ainsi, pour ne parler que de la question qui nous intéresse les présentations de l'épaule sont dépistées et corrigées en temps opportun. Versions par manœuvres externes et maintien de la présentation ainsi créée par une ceinture eutocique ont permis à bon nombre de femmes d'accoucher normalement d'enfants bien vivants.

Si la version dont nous venons de parler ne peut être faite ou si le fœtus revient à sa position primitive, une indication capitale aura toujours été fournie : surveiller la femme. Ce qui permettra à l'accoucheur de faire en temps utile, au moment du travail, soit la version par manœuvres internes, soit la version par manœuvres mixtes de Braxton Hicks, et de sauver la femme et l'enfant.

Cependant à toute règle il y a des exceptions et l'on trouve des cas isolés, heureusement, de femmes entrant en travail sans avoir jamais consulté. S'agit-il alors d'une présentation de l'épaule, le tableau s'assombrit car le plus souvent le moment est passé où la version podalique aurait pu être faite. Et ainsi que le disent Tarnier et Budin : « La version si formellement indiquée dans les cas de présentation de l'épaule est au contraire irréalisable :

1° Quand l'épaule et la partie correspondante du tronc sont assez profondément et assez immuablement engagées pour empêcher l'introduction de la main.

2° Quand l'utérus est étroitement appliqué, rétracté sur le corps fœtal. Souvent, mais non toujours, ces deux conditions se réunissent pour donner lieu à ce qu'on appelle une présentation de l'épaule négligée, ou mieux, irréductible.

L'accouchement spontané est ainsi impossible, (la version et l'évolution spontanées mises à part) et c'est au praticien de sauver la mère et d'extraire le fœtus

par des opérations appropriées, suivant que celui-ci est vivant ou mort.

C'est là le but de notre travail : *Etudier les différents traitements des présentations de l'épaule négligées.*

Dans une première partie nous parlerons du cas le plus général : L'enfant étant mort comment sauver la femme sans mutilation pour cette dernière ? Quels procédés peuvent nous servir pour extraire le fœtus hors des voies génitales. Après un court exposé des anciennes méthodes, nous parlerons de l'embryotomie rachidienne, opération classique à l'heure actuelle.

Puis dans une deuxième partie nous aborderons un autre côté du problème. L'enfant est encore vivant : comment le sauver ainsi que la mère. Nous parlerons surtout des opérations non mutilantes pour cette dernière et nous étudierons les différentes césariennes hautes et basses ainsi que le nouveau procédé d'extériorisation temporaire de l'utérus de M. le docteur Portes. Nous terminerons par les opérations mutilantes nécessitant l'ablation de l'utérus, l'hystérectomie et l'opération de Porro.

Cette étude rapide sera suivie de quelques observations que nous avons recueillies dans le service de notre maître M. le Dr Devraigne ou qui nous ont été transmises par M. le professeur agrégé Guéniot et M. Cathala accoucheur de l'hôpital Saint-Louis.

PREMIERE PARTIE

Procédés d'extraction du fœtus mort en présentation de l'épaule irréductible

---

Dans les présentations de l'épaule négligées, par suite de la rétraction tétanique de l'utérus, qui enserre le fœtus, la vie de ce dernier est gravement compromise. Une pareille contraction ne peut exister en effet sans troubles graves de la circulation utéro-placentaire, par conséquent sans mort de l'enfant par asphyxie. Et de fait la plupart d'entre eux ont succombé avant l'intervention qui doit définitivement délivrer la femme. Du reste l'auscultation lèvera les doutes et en cas de survie du fœtus nous permettra d'agir comme nous le verrons dans la deuxième partie de ce travail.

Nous restons maintenant dans le cas le plus général : l'enfant est mort, en présentation transversale. Les membranes rompues depuis longtemps ont laissé plus ou moins complètement couler le liquide amniotique. L'utérus étroitement rétracté sur le corps fœtal ne permet plus de pratiquer la version. Que faire ? Ne peut-on compter sur un accouchement spontané.

Dennam, accoucheur de Londres, signala le premier en 1772 et en 1784 la possibilité d'extraction spontanée du fœtus qui se présente par le tronc. Depuis, d'autres observations sont venues se joindre aux premières permettant d'élucider le mécanisme de ce que l'on a appelé la version et l'évolution spontanées. Ces faits existent donc. Mais ce sont des exceptions se produisant dans des conditions particulières et ne pas intervenir serait aussi sage dit un auteur « que de se croiser les bras devant un incendie en attendant que la pluie du ciel vienne l'éteindre ! »

Il ne faut donc pas attendre. Le fœtus, véritable corps étranger de l'utérus, ne peut être expulsé spontanément étant donnée la position qu'il occupe. C'est ce que les accoucheurs ont compris et de tout temps par des opérations variables, ils se sont efforcés de sauver la mère.

Les praticiens d'autrefois, chargés de délivrer les femmes dans les cas de présentations de l'épaule négligées avaient recours au morcellement du fœtus. On trouve dans Hippocrate, Celse, Soranus d'Ephèse, Ambroise Paré quelques conseils pour effectuer ces opérations, le plus souvent livrées au gré du hasard.

On tentait aussi en incisant une des parties du corps du fœtus ou en en faisant l'ablation de favoriser soit la version soit l'évolution. De là, les noms de version et d'évolution forcées, que l'on trouve ainsi définies dans le Manuel des accoucheurs de MM. Demelin et Devraigne.

« On pratique la *version forcée* quand le fœtus étant

mort, on détache par exemple un bras et que saisissant un pied, on entraîne en bas et en dehors le siège puis le tronc. »

Si le thorax, ou l'abdomen, ou les deux à la fois ayant été ouverts, et les viscères enlevés, on applique un crochet sur la colonne vertébrale (surtout à sa partie inférieure) on peut déterminer la sortie du fœtus par *évolution forcée.*

Mais ces opérations ne sont plus pratiquées aujourd'hui que dans des cas exceptionnels. Il est plus simple en effet de sectionner en deux le corps de l'enfant. Cette section pouvant porter sur le cou, c'est la décollation, la détroncation, la dérotomie, ou sur le tronc en un point quelconque. La colonne vertébrale est toujours sectionnée. C'est pourquoi on a appelé ces interventions les rachiotomies, ou embryotomies rachidiennes. Elles sont faites grâce à une instrumentation spéciale et à une technique précise pour les cas types. Ce sont des opérations courantes aujourd'hui et si dans certains cas difficiles on pratique l'éviscération, la brachiotomie ou même un véritable morcellement du fœtus, c'est que l'embryotomie ayant été tentée, a été reconnue impossible.

Embryotomies rachidiennes

Historique.

Celse le premier conseille d'une façon très explicite de faire la section du cou. C'est donc avec justice, qu'on l'a appelée la méthode de Celse. Depuis, cette opération paraît être tombée dans l'oubli et il faut remonter jusqu'à la fin du XVII^e^ siècle pour la trouver mentionnée dans un écrit de Van Hoorn de Stockholm. En 1702 Saviard, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris, en rapporte un autre cas, Mais ce n'est qu'au XIX^e^ xiècle que la décollation prend droit de cité grâce aux travaux d'Asdrubali de Rome, Davis de Londres, Schweigauser, Paul Dubois et Désormeaux de Paris. Depuis la détroncation n'a fait que gagner du terrain et à l'heure actuelle est devenue le procédé de choix, procédé classique que l'on retrouve dans tous les manuels d'accouchements sous le nom d'embryotomie cervicale.

Cette opération est facilitée par une instrumentation spéciale qui est le résumé de toutes les inventions réalisées jusqu'à nos jours par les différents accoucheurs. M. le D^r^ Potocki dans sa thèse de 1888 nous en donne une énumération détaillée et complète. Nous nous con-

tenterons donc de mentionner ceux qui sont d'un usage courant. Nous voulons parler des ciseaux de Dubois, du crochet de Braun, de l'embryotome de Ribemont Dessaigne et de la guillotine de Tarnier. Instruments qui ont fait leurs preuves et dont la description est connue de tous.

Cependant il n'est pas toujours possible d'atteindre le cou, il faut alors se résigner à sectionner le tronc. On ne se servira des mêmes instruments que dans le cas précédent. Mais l'opération sera plus longue et plus pénible car le tronc, plus volumineux, renferme les viscères qui fuient devant l'embryotome. De plus la multiplicité des pièces osseuses à diviser apporte à l'intervention des obstacles qu'on ne rencontre pas à la région cervicale. Cette opération que les classiques aujourd'hui appellent embryotomie thoraco-abdominale fut pratiquée au XIX^e^ siècle et déjà les auteurs montraient que la section pouvait porter soit sur tout le tronc du fœtus, soit sur la colonne vertébrale et les parties avoisinantes.

En 1838, Michaelis préconise une opération, reprise plus tard par Simpson, qui l'érige en méthode, sous le nom se spondylotomie, pour l'extraction du fœtus en présentation de l'épaule. Pour cet auteur la colonne vertébrale seule doit être sectionnée, et l'on ne doit recourir à l'éviscération et à la brachiotomie que dans les cas où malgré les efforts des accoucheurs l'extraction a été impossible. (Contrairement à ce que voulait Soranus d'Ephèse à la fin du I^er^ siècle qui conseillait pour

faciliter la version forcée de faire l'éviscération et la brachiotomie).

Mais les observations de spondylotomie absolument pures sont rares. La première observation de Michaelis mentionne la section d'un bras et la dilacération des viscères, ainsi que dans le cas de Tricker des Bermudes. Leoselsmann de Trieste conseille la spondylotomie après éviscération quand la sortie du tronc ne peut être obtenue avec le crochet.

En 1872 Mac Donald et d'Affleck publient des cas très purs de cette opération et en 1886 Courbois de Tours plaide en faveur de la colonne vertébrale sans éviscération.

Lucas Championnière emploie pour faciliter la version forcée un procédé un peu différent. Il ne divise pas la colonne vertébrale mais grâce à son terebellum il perfore celle-ci en plusieurs points, augmentant ainsi sa laxité. Et après avoir fait l'éviscération du fœtus il arrive à extraire celui-ci.

A l'heure actuelle ces procédés un peu différents quant aux détails se sont fondus ensemble et il est classique de faire porter la section soit sur tout le tronc, soit sur la colonne vertébrale. Opération que l'on peut compléter par l'éviscération ou la brachiotomie suivant les difficultés que l'on peut rencontrer pour extraire le fœtus.

Considérations cliniques sur l'embryotomie rachidienne.

En face d'une présentation de l'épaule, l'accoucheur va avoir à vaincre des difficultés plus ou moins grandes pour pratiquer l'embryotomie rachidienne. Le cou est en effet le lieu d'élection de la section. Mais il n'est pas toujours facile de faire arriver les instruments jusqu'à lui. C'est ce que les classiques ont très bien compris en décrivant sous une forme schématique mais réelle les trois solutions qui peuvent se présenter. Et comme eux, pour la facilité de la description, nous étudierons les cas différents, le cou est très aisément accessible, il n'est atteint qu'avec difficulté et enfin il échappe complètement à la main de l'opérateur.

M. Demelin a montré l'importance des rapports entre la tête fœtale et un anneau de contracture ; l'opération est ordinairement facile quand la tête est au-dessous de lui, mais dangereuse pour la mère à qui on peut facilement provoquer une rupture utérine. Elle est très laborieuse au contraire quand le fœtus en entier est resté au-dessus Mais elle est alors moins dangereuse pour la mère. Ces cas rentrent donc dans la seconde et la troisième catégorie.

Il ne faut pas oublier en effet que la menace de rupture utérine est toujours présente et que la mobilisation du corps du fœtus peut la produire, ainsi que nous le verrons dans une de nos observations où le chirurgien

doit faire une hystérectomie après avoir pratiqué l'embryoromie.

Le cou est facilement accessible.

Ici l'opération est aisée. La main introduite dans les organes génitaux ne rencontre aucune difficulté pour enserrer le cou. Le praticien n'est pas gêné par un anneau de contracture, qui est plus haut situé et il peut se mouvoir à l'aise. Cependant il faut être prudent car le segment inférieur distendu, déjà menacé de rupture, pourrait se rompre sous un effort trop brusque. C'est pourquoi quel que soit l'instrument que l'on emploie, ciseaux de Dubois et crochet de Braun, embryotome de Ribemont Dessaigne ou guillotine de Tarnier on agira avec douceur. On fixera solidement le cou du fœtus avec le crochet de l'appareil choisi car les échappées sont dangereuses.

Au préalable on aura jeté un lacs sur le bras procident qui servira de tracteur naturel. Une manœuvre conseillée par MM. les D^rs^ Demelin et Potocki, qui conseille d'aller chercher le bras supérieur et de l'abaisser, pourra rendre des services en rendant le cou très accessible. Pour sectionner celui-ci les ciseaux de Dubois paraissent être l'instrument le plus simple et tout accoucheur, même à la campagne, les a dans sa trousse. La technique de l'intervention est décrite dans tous les manuels classiques. La méthode la meilleure est celle préconisée par M. Demelin. Il ouvre une boutonnière sur le cou de

l'enfant, il pénètre alors à l'intérieur des téguments, étant isolé de l'utérus par une véritable manchon de peau. Il fait plusieurs fausses routes dénudant la colonne vertébrale puis il la tranche d'un seul coup. Il ne lui reste plus qu'à sectionner les parties molles, l'autre main servant d'indicateur et l'incitant à la prudence.

L'extraction du fœtus n'offre pas de difficulté si la section est complète. On tire sur le bras procident et l'on entraîne ainsi le corps. La tête est ensuite amenée au dehors un doigt étant mis dans la bouche de l'enfant. Il est assez rare qu'on soit obligé de pratiquer une autre intervention sur la tête dernière.

Il ne reste plus qu'à faire la délivrance et surtout à vérifier l'intégrité utérine. Une rupture a pu passer inaperçue. Il faudrait alors pratiquer une hystérectomie dont le pronostic est grave ainsi que nous le verrons.

Le cou est difficilement accessible.

Ici la difficulté est plus grande. La région cervicale peut être au voisinage de la ligne innominée ou très élevée et peu accessible. Là encore la menace de rupture utérine est à envisager si l'anneau de contracture se trouve au-dessus du corps. Il faudra donc prendre les plus grandes précautions en plaçant sur le cou le crochet de Braun avec lequel on abaissera et on fixera la région à inciser. « S'il n'y avait pas à redouter la rupture du segment inférieur (dans les cas par exemple où tout

le corps du fœtus se trouve au-dessus d'un anneau de contracture) on pourrait, en imprimant sans violences quelques mouvements de demi-rotation au crochet de Braun, séparer les vertèbres cervicales. Si on tire, les parties molles pénètrent entre les 2 fragments du rachis et se laissent abaisser. La section de la peau et des muscles est alors facile ».

On peut, dans ce cas, après ou même sans avoir sectionné le bras procident essayer d'abaisser l'autre bras, ce qui rendra le cou plus facilement accessible.

Le cou n'est pas accessible.

La main ne parvient pas à atteindre le cou du fœtus parce que l'évolution est en train de s'accomplir et que le tronc remplit l'excavation pelvienne. L'embryotomie cervicale est alors impossible. On peut dans ce cas essayer la version ou l'évolution forcée. On cherche d'abord à sectionner tout le tronc du fœtus, paroi abdominale, colonne lombaire, paroi thoracique, colonne dorsale. Pour arriver plus facilement à la colonne vertébrale on a la ressource de pratiquer l'éviscération. Ces opérations sont longues et laborieuses. Mais le plus souvent elles n'offrent pas de difficultés insurmontables, si on agit franchement, en sachant bien ce que l'on veut faire et ce qu'on fait. De plus, elle n'est pas dangereuse pour la mère.

Cependant il n'en est pas toujours ainsi, l'utérus

rétracté peut créer un obstacle contre lequel il est impossible de lutter. L'emploi des crochets et des différents embryotomes devient alors être difficile sinon impossible. C'est ce qui peut se produire quand le corps du fœtus est tout entier au-dessus d'un anneau de contracture, resserré autour d'un bras qui pend dans le vagin.

L'accoucheur, par ses différentes manœuvres, augmente l'excitation des fibres utérines qui par leur contracture l'arrêtent dans son œuvre. Il faut alors changer de voie et agir ainsi que nous le verrons dans la deuxième partie de ce travail comme si l'enfant était vivant. On intervient alors par voie haute, en courant les risques que comporte une telle intervention. Aussi le praticien n'abandonnera-t-il l'embryotomie ou la mutilation du fœtus que quand il lui sera impossible de faire autrement.

Observation I

Embryotomie sur enfant mort pour présentation de l'épaule.

(Observation inédite due à M. le Dr Devraigne)

Mme L*** 23, n'offre rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et pathologiques.

En 1920 elle a accouché à terme et spontanément d'un fils de 9 livres bien portant.

Ses règles revenues normales ont cessé le 26 octobre 1923, époque où elle les a eues pour la dernière fois. Pendant sa grossesse, elle n'a jamais consulté et a continué à vaquer à ses occupations.

Le jeudi 17 avril 1924 la poche des eaux se rompt. Mais ce n'est que le lundi suivant 21 avril à minuit que la parturiente commence à ressentir des douleurs se succédant de 5 en 5 minutes.

Elle entre à la Maternité de Lariboisière le même jour à 10 h. 30.

L'interne du service, M. Courtin, l'examine et constate: au toucher : dans le vagin un coude et une main droite dont les doigts ne bougent pas; l'aire du détroit supérieur est occupé par le tronc du fœtus. La dilatation est complète.

L'auscultation faite très attentivement plusieurs fois ne révèle pas de bruits du cœur fœtal.

L'utérus, malgré un centigramme de morphine faite une heure auparavant, a des contractions subintrantes et est très rétracté sur le fœtus dont le palper est impossible. On décide de faire l'embryotomie rachidienne.

Anesthésie au chloroforme.

Par le toucher profond M. Devraigne confirme l'engagement profond d'un membre supérieur droit et reconnaît la face antérieure du thorax qui bombe et descend dans l'excavation. Le cou est difficilement accessible en haut et en arrière. On essaie, mais en vain, de le saisir avec le crochet de Braun. On se contente alors, avec cet instrument, de maintenir la partie supérieure du tronc et on se débarrasse du membre qui pend dans le vagin.

On va alors à la recherche de l'autre bras qu'on atteint en haut et en avant. On l'abaisse et on y jette un lacs. Du fait de l'abaissement de ce 2e bras le tronc a tourné et le cou est maintenant facilement accessible. On place alors le crochet de Braun et l'on opère la section.

Le tronc sort facilement. La tête dernière est extraite avec un doigt mis dans la bouche en crochet. L'enfant, une fille, pèse 2000 grammes.

On pratique la délivrance artificielle (placenta 360 grammes) et on fait la révision utérine qui montre l'intégrité de l'organe.

On fait une injection iodo-iodurée. Pas de tamponnements.

Pendant toute l'intervention, le col incomplètement dilaté est apparu, à la vulve, plusieurs fois sans déchirures.

La température qui le soir même était montée à 40°, et le pouls à 130, tombent peu à peu les jours suivants et le 6 mai la malade sort de l'hôpital en parfaite santé.

Observation II

Embryotomie rachidienne

(Observation inédite due à M. le Dr Devraigne)

Mme P*** âgée de 22 ans, ne présente rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires ou pathologiques. Elle est enceinte pour la première fois, ses dernières règles datent du 25 juillet 1923 et depuis sa gestation a été suivie par une sage femme, en ville. Le 30 avril 1924, apparition des premières douleurs à 13 heures et 3 heures plus tard accouchement spontané d'un garçon vivant, en présentation céphalique. Quelques instants après rupture de la deuxième poche des eaux. La sage-femme fait le diagnostic de présentation de l'épaule et fait prévenir un médecin qui arrive à 21 heures et qui tente en vain de pratiquer la version. La femme est alors envoyée à Lariboisière où elle est admise le 1er mai à 3 heures.

L'interne du service constate un utérus d'une dureté extraordinaire qui rend le palper impossible. Pas de bruits du cœur. Au toucher on sent la main droite qui pend dans le vagin. Le bras est replié à angle droit. On ne peut atteindre le creux de l'aisselle. La présentation est très élevée et le fœtus semble tout entier emprisonné dans le corps utérin. On sent le placenta inséré sur la face latérale droite.

Monsieur Devraigne prévenu ordonne de faire 2 centimètres cubes de morphine à 4 heures d'intervalle et, à 11 heures, examine à son tour la parturiente.

Il trouve dans le vagin la main droite et en suivant le bras correspondant très haut vers le gauche il sent le cou, peu accessible.

L'enfant étant mort Monsieur Devraigne décide de pratiquer l'embryotomie rachidienne. Anesthésie au chloroforme. Il étreint difficilement le cou avec le crochet de Braun passé en arrière et avec les ciseaux de Dubois sectionne prudement. Il se rend compte alors qu'il a tendance d'abord à désarticuler le bras droit maintenu tiré en bas par un lacs.

Il remet le crochet plus en arrière et il sectionne le cou. Mais le tronc ne voulant pas venir il se débarrasse du membre supérieur, étant d'ailleurs gêné dans ses différentes manœuvres par le placenta du 1er jumeau qui est décollé en bas et en avant.

Avec un doigt mis en crochet dans la bouche du fœtus il cherche à abaisser la tête. Mais il a l'impression de produire une fracture du maxillaire inférieur. Il va alors à la recherche d'un membre, le fœtus étant très mou du fait de l'ouverture du thorax et de la section du cou. Il rencontre un pied qu'il abaisse très facilement, c'est le pied droit. Tout le reste du fœtus sort sans difficulté et il se rend compte pourquoi le tronc n'est pas venu avec le 1er membre : c'est parce que tout un lambeau du cou n'a pas été sectionné.

La tête dernière sort facilement avec un peu d'expression. La délivrance artificielle confirme bien l'insertion basse antérieure du 1er placenta et surtout l'intégrité de la cavité utérine.

On fait une injection iodo-iodurée et un tamponnement utérin que l'on enlève à 16 h. 30, 4 heures après l'intervention.

L'enfant, du sexe masculin, pesait 2800 grammes, le placenta 600 grammes. Pendant les jours suivants la température qui était montée à 38° 5 et le pouls à 120 retombent à la normale.

La femme sort de l'hôpital le 11 mai en bonne santé.

Observation III

Embryotomie pour présentation de l'épaule négligée, suivie d'hystérectomie

(Observation due à M. le Dr Cathala)

Mme L. J*** âgée de 24 ans, entre le 5 septembre 1924 à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis. Cette femme, dont les antécédents héréditaires et pathologiques n'offrent rien de spécial, est enceinte pour la 4e fois. Elle a eu 2 accouchements normaux, à terme, et 1 avortement de 2 mois 1/2 pour lequel on a fait un curettage en 1923. Ses règles ont repris pour cesser le 27 décembre de la même année. La grossesse nouvelle a évolué sans que la femme consulte.

Le 12 août 1924 la poche des eaux se rompt, mais ce n'est que le 4 septembre, au moment de l'apparition des premières douleurs, qu'une sage-femme est appelée. Cette dernière après avoir pratiqué un toucher envoie la parturiente à l'hôpital Saint-Louis.

L'examen à l'arrivée montre une présentation de l'épaule gauche, la tête du fœtus étant perceptible dans la fosse iliaque droite. La version est jugée impossible et à 20 heures, la dilatation étant complète on décide d'intervenir. L'auscultation répétée et attentive ne permet pas de percevoir les bruits du cœur fœtal. L'anesthésie est faite au chloroforme. L'enfant est considéré comme mort et on tente l'embryotomie.

Le cou haut situé ne peut être atteint par suite de l'engagement profond du tronc dans le bassin. On pratique alors la mutilation du fœtus : section du bras amené à la vulve, éviscération, et section de la colonne vertébrale.

A 21 heures on arrive à extraire un enfant du sexe masculin pesant 2.520 grammes. On fait alors la délivrance artificielle qui ramène un placenta de 600 grammes. Mais

la revision utérine permet de reconnaître une déchirure complète siégeant à la partie moyenne de l'utérus.

Une hystérectomie sub-totale classique est alors pratiquée aussitôt. Il est 21 heures 40 quand la femme est remise dans son lit. Le pouls bat à 100, la température est à 38° 5.

On fait 1000 grammes de sérum sous-cutané et 1000 grammes de sérum rectal ainsi que 30 centimètres cubes d'huile camphrée et 1 centimètre cube de morphine.

Pendant les jours suivants l'état général se maintient bon. La température oscille aux environs de 38°, le pouls à 80.

Tout fait présager un prompt retour à la santé, quand le 13 septembre une congestion pulmonaire bilatérale se déclare. Les moyens thérapeutiques habituels sont employés et le 3 octobre l'aspect de la malade est le suivant. Amélioration très nette de l'état pulmonaire. Cicatrice abdominale en bonne voie de guérison.

Le 4 octobre apparition de douleurs au membre inférieur gauche. De ce côté on note un œdème remontant jusqu'au pli de l'aine et prenant le godet. On ne remarque rien du côté opposé.

Cette phlébite retient la malade à l'hôpital. Elle n'en sort que le 12 novembre en bonne santé. Sa plaie abdominale ne laisse plus qu'une cicatrice indolore. Sa congestion pulmonaire a disparu.

DEUXIÈME PARTIE.

Interventions par voie haute dans les présentations de l'épaule négligées.

Il nous reste maintenant à envisager un autre côté du problème. L'enfant en présentation de l'épaule irréductible est encore vivant, ou alors l'embryotomie est impossible par suite de la rétraction trop forte de l'utérus. Il faut sauver la mère et l'enfant, et comme l'accouchement est impossible par les voies génitales, recourir à une intervention plus grave, en empruntant la voie haute. Plus grave en effet, car si dans les cas où l'embryotomie est effectuée la femme est menacée des mêmes complications que dans les accouchements laborieux, dans les cas où l'on emprunte la voie abdominale la femme, tout en courant les mêmes dangers, risque en plus l'infection péritonéale primitive ou secondaire.

Ce qui domine en effet, cette partie de l'étude du traitement des présentations de l'épaule négligées c'est l'état plus ou moins septique de la cavité utérine.

Il est de constatation courante que la femme en travail est très sensible à l'infection. L'organisme pa-

raît être en état d'anergie et incapable de bien lutter. Y a-t-il exaltation de la virulence de la flore microbienne des voies génitales ou altération de l'immunité naturelle, par suite des modifications profondes de l'organisme, dues à la fatigue? Nous n'en savons rien. Nous constatons le fait sans chercher à l'expliquer. De plus, nombre de facteurs agissent augmentant les chances d'infection. Ce sont, pour ne nommer que les principaux : la rupture des membranes, l'état local du tractus vulvo-vaginal, le nombre et l'origine des touchers, et les essais d'extractions basses.

L'ouverture de la poche des eaux est un point capital, car alors que l'intégrité de l'œuf est un facteur de bénignité, la rupture des membranes peut être la source de graves complications. Les germes pathogènes en effet peuvent ainsi facilement pénétrer à l'intérieur de l'œuf et y pulluler.

C'est alors qu'un autre facteur entre en jeu, *le temps* depuis lequel cette rupture a été faite. Il est évident qu'une femme qui aura perdu les eaux depuis plusieurs heures courra devantage de risques d'infection qu'une autres dont les membranes viennent de se rompre.

L'état du tractus vulvo-vaginal joue ici un rôle important. Ainsi une femme présentant une bartholinite, de la vaginite, voire même une fistule avoisinante aura beaucoup de chances d'être infectée.

Des causes extrinsèques, provenant de l'entourage de la parturiente, viennent souvent s'ajouter aux facteurs précédents. Aussi les touchers sont un grave dan-

ger. Nous ne voulons pas parler de ceux pratiqués à l'hôpital avec l'aseptie nécessaire, mais de ceux faits en ville, sans contrôle possible, souvent à mains nues ou avec des doigtiers non stérilisés. A plus forte raison les manœuvres obstétricales par voie basse sont-elles dangereuses. « Elles sont offensantes pour les tissus maternels. Elles exaltent la virulence des germes saprophytes et les transportent dans le milieu utérin, quand elles sont faites aseptiquement; ou elles ensemencent directement l'utérus si l'aseptie n'est pas réalisée ».

La plupart de ces facteurs se trouvent souvent réunis dans les présentations de l'épaule négligées. Le praticien n'est appelé parfois que quand la poche des eaux est rompue depuis longtemps. Rarement il pourra acquérir une certitude sur les touchers et les manœuvres qui auront été pratiquées. Il sera donc toujours dans l'incertitude, au sujet de l'aseptie de la cavité utérine. Mais devant le nombre de causes capables de produire l'infection, il devra toujours suspecter cette dernière et agir comme dans les cas impurs, même si le pouls et la température ne lui donnent que peu d'indications.

Autrefois l'hystérectomie et l'opération de Porro étaient pratiquées et l'on essayait de sauver la vie de la mère en la mutilant. Mais le sacrifice de l'utérus enlevait tout espoir de maternités nouvelles. Aussi les accoucheurs ont-ils tenté, en modifiant la technique des interventions conservatrices ou en imaginant de nouvelles méthodes, de conserver à ces femmes l'inté-

grité de leurs fonctions génitales. C'est ainsi qu'on a assisté, depuis quelques années, au renouveau de la césarienne corporéale tardive, à l'extension de la césarienne basse et à l'apparition d'un nouveau procédé : l'extériorisation temporaire de l'utérus de M. le docteur Portes.

Césarienne corporéale

Evolution de la césarienne corporéale.

Le début de l'hystérotomie date de 1882, année ou Kehrer d'Heidelberg et Sauger, assistant de Léopold à Leipzig, publient leur mémoire sur la césarienne conservatrice. Mais à Paris aucune de ces opérations ne réussit, et il faut arriver à 1895 pour que les statistiques de M. Demelin la montre plus bénigne que l'opération de Porro. Depuis M. Bar, Leopold, Reynolds, Pascalis, d'Olhausen, Charles, publient des observations donnant un pourcentage de 6,41 % de mortalité.

Ces résultats ne s'adressaient qu'à des opérations faites dans des cas purs, indemnes de toute infection. Aussi M. Bar écrit-il : « Les risques de complications septiques constituent le grand danger de la section césarienne, les malades meurent le plus souvent par péritonite. On peut dans quelques cas observer des abcès et des fistules abdominales. La plus petite faute contre l'antisepsie donnant une cause de mort, la section césarienne est une opération dangereuse. Aussi ne doit-elle être pratiquée que dans un milieu aseptique et sur une femme non infectée ». Et vingt ans après : « A la vieille section césarienne appartient un domaine précis,

celui des cas purs où le risque paraît nul ». Il rejetait donc comme une opération dangereuse l'intervention tardive.

Mais cette affirmation ne fut pas acceptée sans conteste par tous les accoucheurs. C'est ainsi que nous lisons dans le mémoire de Boquel : « Pour moi pas plus que l'hypothèse d'une infection possible, la possibilité de souffrance de l'enfant actuellement vivant ne saurait me faire reculer l'intervention césarienne ».

A l'appui de cette idée des exemples d'opérations tardives sont publiés : thèse de Guillet. Article de Lepage en 1907 et thèse de son élève Lemoussu qui ne reconnaît comme contre-indication « que l'infection nette avec une grosse élévation de température avec frissonnement, fétidité du liquide.

Malgré ces résultats brillants, M. le Professeur Couvelaire, rapporteur en 1909 du Congrès de gynécologie et d'obstétrique, déclare : « Je ne saurais trop insister sur les dangers de la chirurgie obstétricale conservatrice lorsque l'infection, même latente, est dans la place... la prolongation du travail, les explorations multiples, les tentatives d'extraction constituent des conditions non moins fâcheuses ». De même en 1910 M. Doléris, rapporteur du Congrès de St-Pétersbourg, se montre réfractaire à la césarienne tardive.

Cependant en 1911 M. Le Lorier fait paraître dans l'*Obstétrique* un mémoire où il conclut ainsi : « L'opération césarienne conservatrice peut être pratiquée avec succès après la rupture des membranes, alors que des

manœuvres manuelles ont été tentées dans la cavité utérine et que le liquide amniotique est notoirement septique. »

A ces observations d'autres viennent s'ajouter : Kouver, Zarate, Brouha, Grimault, Garipuy et d'autres apportent des exemples nouveaux.

Et enfin en 1924 une discussion à la Société d'obstétrique et de gynécologie permit à M. le Professeur Jean-Louis Faure de plaider en faveur de la césarienne tardive avec Mikulicz.

Etat actuel de la question.

Les avis sont différents suivant les auteurs. Certains ne pratiquent la césarienne que dans les cas purs, soit avant tout travail comme le veut M. Bar, soit après l'épreuve du travail suivant M. Pinard. Et M. Couvelaire limite ainsi les indications de cette intervention : « La césarienne ne peut être indiquée qu'au début du travail, alors que la poche des eaux est encore intacte ou rompue depuis peu, la température et le pouls étant restés normaux ».

D'autres prétendent que l'on peut intervenir tardivement sur des cas impurs et même franchement infectés. Ainsi Brouha opère des femmes en travail depuis longtemps et la poche des eaux rompue depuis plusieurs heures. C'est aussi l'avis de Boquel.

Lepage, Le Lorier, Lonne, Wagner et Murwo Kerr

vont encore plus loin et n'hésitent pas à faire la césarienne tardive même avec une température élevée.

Critique de la césarienne tardive.

En réalité les résultats de ces interventions faites au cours du travail sont infiniment moins brillants que ne le laissaient espérer les observations de MM. Lemoussu, Peradou, Le Lorier, etc. Et les césariennes pratiquées au cours du travail dans les cas où l'infection est toujours possible donne une grosse mortalité, ainsi que l'ont montré différentes statistiques. A plus forte raison dans les cas de présentation de l'épaule négligées, où le plus souvent tous les facteurs se trouvent réunis pour permettre l'exaltation de virulence des germes et leur migration à l'intérieur de l'utérus ainsi que nous l'avons vu.

Ouvrir ainsi un utérus dont le contenu est considéré comme septique, dans la grande cavité péritonéale, paraît bien hasardeux. Malgré la protection du champ opératoire on peut toujours craindre la souillure du péritoine qui, n'étant pas entraîné à la défense, réagit mal. « Tous les chirurgiens reconnaissent que cette condition aggrave le pronostic ».

Quant aux suites opératoires, et là est le grand danger, la situation de la plaie utérine favorise l'infection. Située sur la face antérieure de l'utérus elle est haut placée dans l'abdomen, après reposition de l'organe,

Celui-ci, doué d'une mobilité marquée grâce à l'allongement de ses ligaments surdistendus par la gestation, peut subir des déplacements latéraux et antéro-postérieurs, qui facilitent, par suite du changement de contact, l'infection péritonéale, si la plaie laisse filtrer un exsudat septique. Sans compter le phénomène de régression utérine qui par son mouvement de descente augmente encore les chances de contamination. On se trouve donc en face d'un double danger : infection primitive et infection secondaire.

L'infection primitive est celle qui est produite par le contact direct du péritoine et du liquide amniotique septique. Dans les cas suspects les procédés de Magalaes et de Larate semblent facilement applicables. En tout cas les précautions minutieuses employées en chirurgie, champ opératoire vaste, changement de gants et d'instruments permettent le plus souvent d'éviter la péritonite dite primitive, qui cause la mort 36 ou 48 heures après l'intervention.

L'infection secondaire est due à la propagation des germes virulents au péritoine, à travers la suture de la brèche utérine. Celle-ci en effet, par suite des alternatives de contractions et de relâchements de l'utérus, peut ne plus opposer une barrière hermétique aux lochies septiques. Elle peut se sphacéler, les fils lâcher et la cavité utérine s'ouvrir béante dans l'abdomen. C'est un fait de ce genre qui est rapporté dans une observation de M. le Dr Petit de Niort, l'autopsie de la malade ayant pu être pratiquée, celle-ci étant morte par occlusion intestinale.

Modification des techniques de la césarienne corporéale.

Ce sont ces complications qui ont poussé à modifier les techniques de la césarienne corporéale pour lutter contre l'infection secondaire.

M. le docteur Engelhard, dans sa thèse, les classe ainsi.

1° La suture péritonéale de recouvrement.

2° Le recouvrement de la suture par l'épiploon.

3° Le drainage à la Mickulicz.

Les deux premiers moyens ne paraissent pas avoir une grande valeur.

Le *surjet péritonéal* de recouvrement est une protection illusoire contre l'infection secondaire. Quant au *recouvrement de la suture par l'épiploon* il peut être considéré comme une barrière suffisante pour arrêter l'infection. Mais il peut aussi être la cause d'obstruction intestinale et donner lieu à une complication grave.

La *protection par le Mickulicz* paraît plus logique et meilleur. A ce procédé le nom de Monsieur le Professeur Jean-Louis Faure vient donner son appui. Ce maître de la gynécologie préconise ce moyen de défense et de drainage et dans ses statistiques, reposant sur un grand nombre d'observations d'hystérectomies, il en montre les bons effets.

Cependant tous les accoucheurs ne sont pas de cet avis quand il s'agit comme ici d'un utérus en voie de régression et M. Engelhard, élève de M. Jeannin, résume ainsi les causes de l'échec du Mickulicz.

« 1° On applique le sac et le méchage sur la face antérieure de l'utérus, au milieu de l'abdomen, c'est-à-dire sur un organe mobile qui se dérobe. L'isolement de la suture est donc précaire et de plus, de chaque côté, les anses intestinales mobiles présentent entre elles des interstices dans lesquels les liquides septiques s'infiltrent facilement.

2° Il n'existe pas de plans résistants comme dans le petit bassin permettant le blocage de la région.

3° Le péritoine de la partie haute de l'abdomen est plus sensible à l'infection, il réagit plus lentement et plus mal que le péritoine du petit bassin.

C'est l'avis de notre maître (M. Jeannin) et de M. Couvelaire que le Mickulicz ne remplit pas dans les conditions précitées son indication majeure : à savoir l'établissement d'un barrage entre le foyer septique et la masse intestinale. Même si le Mickulicz remplissait les conditions, étant donné ce que l'on a pu remarquer dans l'évolution de la cicatrice utérine dans les cas infectés et la fréquence de la déhiscence de la plaie, on se trouverait aux prises avec de nouveaux inconvénients. Ceux-ci plus tardifs.

A) Impossibilité de bien surveiller la déhiscence de la cicatrice utérine dans les cas d'infection, difficultés des pansements de l'utérus infecté, tendance à la fistulisation utéro-pariétale progressive par rétrécissement aux points du Mickulicz après son ablation.

B) Formation d'adhérences inflammatoires annexielles, intestinales, épiploriques, à la suite de la pose d'un

Mickulicz et de la suppuration consécutive à la déhiscence de la cicatrice utérine en cas d'infection.

C) Impossibilité de la reconstitution à froid de la paroi utérine après cicatrisation ».

Ainsi donc les moyens préconisés pour étendre la césarienne corporéale aux cas tardifs ou suspects d'infection ne paraissent pas obvier aux graves complications contre lesquelles on se heurte. C'est pourquoi cette opération, qu'il s'agisse de présentations de l'épaule négligées ou autres dystocies nécessitant une intervention tardive, ne nous paraît pas exempte de dangers. Et nous nous rangeons à l'avis de MM. Bar et Couvelaire quand ils disent :

« A la vieille césarienne ne conviennent que les cas purs » (Bar).

« Ce n'est pas dans le perfectionnement de la technique qu'il faut chercher l'amélioration du pronostic des cas, mais dans un autre mode d'intervention. »

La Césarienne basse

Aperçu historique.

A la base de l'étude de la césarienne basse se trouvent les noms de Franck, Thomas, Skene, Charles Jewett, Hime, Edis, Dandrige, Taylor, Walter.

C'est Franck qui le premier attira en Europe l'attention sur ce procédé au Congrès de Lisbonne en 1906. Son but était : en se tenant au dehors de la cavité péritonéale; 1° d'éviter l'infection du péritoine; 2° d'exécuter la césarienne à n'importe quel moment du travail.

Sa technique différait un peu de celle des auteurs américains et il employait la voie transpéritonéale.

La route était ouverte. Fromme, Veit, Baum s'y engagèrent à sa suite et modifièrent sa technique. En 1908 Silheim opérait deux cas sans ouvrir la grande séreuse péritonéale. De nombreux auteurs l'imitèrent, mais peu à peu devant les difficultés opératoires, reprirent, ainsi que Selheim lui-même, la voie transpéritonéale (Selheim 2e manière). En 1909, Lasko attaquait le décollement du péritoine, non plus par la ligne médiane, mais latéralement, la vessie ayant été distendue au préalable. Ce procédé qu'il ne réservait

qu'aux cas infectés ne donnera pas les résultats qu'en escomptait son auteur. C'est alors que Selheim décrivit un autre procédé où il abouchait la brèche du segment inférieur à l'ouverture de la paroi abdominale. (Fistule de Selheim).

En 1909 M. Jeannin étudia dans une revue d'obstétrique et dans un rapport à la Société d'obstétrique, ces nouveaux procédés. Il fixait la place de cette nouvelle opération parmi celles à pratiquer dans les cas suspects d'infection « tout en concluant à son rejet dans les cas notoirement infectés ».

En 1912, à Paris, la thèse de Nouvian, inspirée par M. Bar, celle de Klein inspirée par M. Jeannin et à Lyon celle de Delrieu, apportèrent des statistiques peu encourageantes. Cette opération ayant été faite dans des cas profondément infectés, on notait une forte proportion de morts.

Les auteurs allemands reprirent la question et restreignirent les indications de cette intervention.

C'est alors que les Américains publièrent des statistiques de cas opérés par la méthode extra-péritonéale et transpéritonéale. De Lee rapporte 40 cas sans mortalité. Beeck en 1921, 329 interventions sans suites fâcheuses au Congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française. M. Heurotay signala l'importance de la césarienne basse pour les cas douteux.

Des relations d'opérations semblables furent alors publiées. M: Brindeau rapporte de nombreux cas ainsi opérés. La thèse de Marassi publiée sous son inspiration

en rapporte 30 cas. A Strasbourg M. Fleurent, à la Société d'obstétrique, en mentionne 6 cas nouveaux. Hamm, 18. La même année, au Congrès de gynécologie et d'obstétrique, Sehikelé, Seebrecht, Hauch, préconisent cette opération.

MM. Couvelaire et Portes donnent les résultats obtenus dans 30 césariennes basses.

M. Engelhard en 1926 en rapporte 12 cas nouveaux, opérés à la Pitié, dans le service de M. Jeannin et il déclare : « Il semble que l'on puisse dès maintenant être fixé sur la valeur de cette méthode et lui déterminer la place qu'elle doit occuper dans la chirurgie obstétricale. »

Considérations sur l'anatomie dans la césarienne basse.

L'étude des principales techniques de la césarienne basse est basée surtout sur les conditions anatomiques dans lesquelles on doit intervenir. C'est pourquoi nous allons étudier brièvement le *segment inférieur*, lieu de l'ouverture de l'utérus et le *péritoine de cette région*.

Le segment inférieur de l'utérus peut atteindre une hauteur variable ainsi que l'a montré M. Brindeau en 1922. Il dépasse en général le pubis de 10 centimètres mais peut être beaucoup moins développé suivant la présentation et le degré d'engagement. La ligne de solide attache du péritoine qui le limite en haut, le suit dans ses différents mouvements, et ainsi, s'élève ou s'abaisse suivant les cas. Quant à l'épaisseur de ses pa-

rois elle n'est pas uniforme, mais le plus souvent la paroi antérieure est la plus mince car c'est elle qui subit la plus grande ampliation. A ce niveau la vascularisation est faible, beaucoup moins forte qu'au niveau du corps.

Le développement du segment inférieur a lieu surtout pendant le travail. Et à l'ouverture de l'abdomen on voit l'utérus composé de deux parties : une supérieure, le corps, masse épaisse, musculeuse ; une inférieure, parfois flasque, parfois distendue, suivant l'engagement de la présentation. (Entre les deux se trouve souvent un anneau de contracture, répondant à ce que les classiques appellent l'anneau de Baudl). Cette partie inférieure forme le segment inférieur ou canal cervico-segmentaire, dont le rôle dans l'accouchement n'est plus comme celui du corps, actif, mais au contraire passif. Il se laisse distendre par le passage du corps fœtal et c'est par le fait de cette distension qu'il s'amincit et augmente de volume.

Après l'accouchement le canal cervico-segmentaire reste flasque, sans contracture et disparaît peu à peu, de sorte que vers le 5e ou 6e jour on ne le distingue plus du corps.

Le rôle joué par le segment inférieur paraît provenir de sa structure, car d'après Freux il est composé surtout par du tissu conjonctif à prédominance d'éléments élastiques. On ne rencontre des fibres musculaires que dans la couche externe où elles se terminent en faisceau longitudinal.

Le péritoine grâce au ramollissement des tissus environnants et à la diminution des zones d'attaches de la séreuse, peut être attiré par l'utérus lors de son développement. C'est ainsi que vers la fin de la gestation, le péritoine vésical est aux trois quarts utilisé et, à la période d'expulsion, il n'adhère plus qu'au sommet de la vessie. C'est ce que Bonnaire décrivait, il y a longtemps : « Le péritoine utérin, arrive à flotter comme un voile jeté sur la vessie et l'utérus ».

Cependant au niveau du corps utérin sa zone d'attache est toujours solide et ce n'est qu'au niveau du segment inférieur qu'il est attaché lâchement et décollable.

Quant à la vessie, quoique toujours adhérente au vagin, elle n'est plus reliée à l'utérus que par des attaches très lâches. C'est ce qui explique pourquoi le clivage vésico-utérin peut être réalisé, sans trop de difficultés ni trop de dangers.

Procédés de césarienne basse.

Les différents procédés qui furent employés pour réaliser la césarienne basse sont à l'heure actuelle trop nombreux pour les passer en revue. L'étude en a du reste été faite par différents auteurs. Nous nous contenterons donc de les résumer brièvement.

On peut les classer en deux grands groupes.

1° Les procédés extra ou sous-péritonéaux.

2° Les procédés transpéritonéaux.

Les procédés extra ou sous-péritonéaux reposent sur cette idée : éviter la grande cavité péritonéale.

Différentes techniques se sont proposées d'atteindre ce but. Tout d'abord pour aborder la région, les unes incisent les téguments de haut en bas, du pubis à l'ombilic (Latzko); d'autres préfèrent une incision transversale (Incision de Pfanneustrel, Sellheim 1re manière, Freund, Doderlein), ou en suivant une ligne courbe parallèle à l'arcade crurale, partant de l'épine iliaque antérieure et supérieure droite, pour finir au-dessus de l'épine du pubis.

Cette incision ne doit pas, évidemment, traverser le péritoine pariétal que l'on va décoller. Pour aider à cette opération on peut au préalable distendre la vessie (Sellheim, 1re manière, Latzko, Doderlein), ou opérer la vessie vide (Freund) le décollement peut se faire de bas en haut, soit à la manière de Sellheim soit à la manière de Freund ou latéralement suivant les procédés de Latzko et de Doderlein, et on arrive ainsi au segment inférieur que l'on incise.

Cette section se fait longitudinalement soit sur la ligne médiane (Sellheim, Freund) soit à gauche de celle-ci (Laztko) soit à droite (Doderlein). On arrive ainsi dans la cavité utérine et l'on pratique l'extraction du fœtus et la délivrance. On suture alors la brèche utérine en 1, 2, 3 plans à points séparés ou en suriets, ou en points à la Lembert, et on ferme la paroi. (si l'on a des craintes pour l'aseptie opératoire on peut drainer le tissu cellulaire pelvien).

Critique de la césarienne extra-péritonéale.

La césarienne extra-péritonéale ainsi réalisée théoriquement paraît avoir des avantages incontestables sur la césarienne transpéritonéale. Ici, en effet, la zone opératoire est en dehors de la grande cavité péritonéale et l'on ne craint pas la souillure de la séreuse.

En réalité, de la théorie à la pratique il y a loin et « cette méthode est fertile en difficultés et en accidents opératoires ». L'opération est en effet plus longue et plus difficile que par la voie transpéritonéale. De plus, le péritoine mince et fragile peut se déchirer, soit au cours des manœuvres de décollement soit au moment de l'extraction de l'enfant. On perd alors tout l'avantage que l'on recherchait et l'on n'en retire aucun bénéfice. Des déchirures de la vessie, la blessure d'un uretère avec possibilité d'une fistule urétérale, des hémorragies (qui seraient plus fréquentes dans les incisions faites en dehors de la ligne médiane) sont aussi observées.

On peut aussi avoir de graves complications post-opératoires, soit une péritonite généralisée, quand il y a eu une fissure péritonéale (observation de Kutsner, Doleris, Hopzapfel), soit abcès pelvien ainsi que l'ont montré Baumm Shanta, Runge et Stran. Aussi à l'heure actuelle la plupart des auteurs rejettent la césarienne extra-péritonéale et préfèrent la transpéritonéale, « parce que l'expérience et les statistiques ont tranché le débat ».

Procédés transpéritonéaux.

Les procédés de césarienne basse transpéritonéale, sont fort nombreux. Ils ont été étudiés dans de nombreux ouvrages et Marami dans sa thèse réunit les dernières techniques qui ont été proposées. Nous n'y reviendrons donc pas. Nous nous contenterons de rapporter l'avis de M. Engelhard, élève de M. Jeannin, sur ces différentes méthodes.

« Ces techniques ne peuvent ni les unes, ni les autres, s'employer dans tous les cas.

1° Dans la plupart des techniques récentes (Krœnig Beck, Beuttner, de Lee), ces auteurs, considérant comme rare la péritonite due à l'infection du péritoine au moment de l'opération, ne cherchent à lutter que contre l'infection secondaire due au passage des agents pathogènes au travers de la suture du segment inférieur. Cette suture, malgré la non-contractilité de cette partie de l'utérus, présente vis-à-vis de l'infection les mêmes réactions nécrotiques et la même déhiscence que la plaie du corps de l'utérus dans l'hystérotomie haute. « Nous croyons que ces procédés garantissent parfaitement de l'infection secondaire comme nous le verrons. Mais il ne sont pas satisfaisants lorsqu'il existe une infection manifeste de la cavité utérine. C'est dans ces cas qu'il importe de protéger le péritoine contre l'infection opératoire, toujours possible. Ces techniques donc s'appliquent aux cas purs, ou très peu douteux.

Nous les rejetons lorsqu'il s'agit de cas vraisemblablement infectés.

« 2° Pour lutter contre l'infection primitive des auteurs isolent la zone opératoire par des sutures temporaires du péritoine pariétal au péritoine viscéral. (Procédé de Franck-Baumm, de Fromme-Verb-Hurst-Phaneuff, Sellheim 2e manière et 3e manière, Fraipont, etc.).

« Mais ils rétablissent après l'intervention la disposition anatomique normale par suture d'endossement. Les manipulations opératoires, quelques précautions que l'on prenne, peuvent souiller les feuillets péritonéaux, du moins sur leurs avers. Or, il est démontré chirurgicalement que la suture d'adossement n'est pas suffisante pour empêcher les micro-organismes de pénétrer dans la grande cavité péritonéale, surtout s'il n'existe pas de drainage au foyer opératoire.

« Ces procédés nous semblent à rejeter parce qu'ils n'excluent pas la zone opératoire durant les heures qui suivent l'opération et d'autre part parce qu'ils n'utilisent aucun drainage du foyer possiblement ou certainement infecté suivant les règles chirurgicales, enseignées par l'expérience ».

Et M. Engelhard conseille deux techniques différentes, employées dans le service de M. Jeannin, suivant que l'on agit dans un cas pur ou peu douteux ou dans un cas très douteux et infecté.

Pour nous la dernière technique est seule intéressante. Elle peut se résumer ainsi :

Laparotomie médiane sous-ombilicale, mais en allant jusqu'au péritoine. Incision transversale du large péritoine.

Suture du péritoine pariétal au péritoine utérin au niveau de la zone de solide attache.

Incision du péritoine du segment inférieur verticalement sur la ligne médiane, accouchement et délivrance.

Suture du péritoine viscéral et pose d'un Mickulicz.

Fermeture de la paroi en trois plans.

On a ainsi réalisé la césarienne transpéritonéale avec exclusion et drainage extra-péritonéal.

Avantages et inconvénients de la césarienne transpéritonéale.

Les partisans de la césarienne basse trouvent à cette opération de nombreux avantages. Pour eux l'emploi judicieux des dispositions anatomiques permet de lutter efficacement contre l'infection péritonéale, par suite de la situation particulière de l'incision, de l'existence d'un feuillet péritonéal non adhérent et de la structure du segment inférieur.

L'incision siège ainsi que nous l'avons vu dans le petit bassin, en une zone où le péritoine réagit mieux que celui de la grande cavité. La formation d'adhérences se fait plus vite et les toxiques se résorbent moins facilement.

La femme est aussi moins shockée que dans la césa-

rienne classique. L'utérus n'est pas extériorisé et on n'opère aucune traction sur les mésos. Les anses intestinales ne sont pas découvertes et après l'intervention ce n'est qu'assez tard, après la réintégration de l'utérus dans le petit bassin, que celles-ci viennent en contact avec la cicatrice. Pour plus de sûreté un Mickulicz peut être placé bloquant la région et là son rôle est plus sûr que dans la césarienne classique, car il prend point d'appui sur les parois de l'entonnoir pelvien.

On peut ici réaliser facilement un surjet séro-séreux grâce à l'existence d'un feuillet péritonéal non adhérent à l'utérus, et la comparaison faite avec la chirurgie abdominale est juste. La suture ne fatigue pas, et les adhérences rapides, en quelques heures isolent définitivement la grande cavité du foyer opératoire.

Grâce à cette péritonéisation facile la césarienne basse présente la possibilité de lutter contre l'infection secondaire de l'utérus et les promoteurs de cette opération pensent qu'on peut assurer la parfaite étanchéité de la suture, au bout de quelques heures après l'opération.

La structure du segment inférieur paraît être favorable. Cette portion peu vasculaire donne rarement des hémorragies et la suture exacte des bords de la plaie est faite avec beaucoup plus de facilité que lorsque l'incision a été faite sur le corps utérin lui-même. Le danger du suintement des lochies, par suite de l'absence de brassage à ce niveau est très diminué car le canal cervico-segmentaire étant flasque, sans contraction, la

suture est après l'accouchement au repos. On obtient ainsi une cicatrice meilleure et les chances de rupture au moment des grossesses ultérieures sont moins grandes que dans la césarienne corporéale.

Tels sont, brièvement résumés, les avantages que les protagonistes de cette opération accordent à la césarienne basse.

Cependant tous les auteurs ne sont pas de cet avis, et pour beaucoup cette intervention offre de graves inconvénients. Tout d'abord elle est de plus longue durée que la césarienne corporéale et elle offre un certain nombre de difficultés. L'opération se fait, en effet, en position déclive et pour éviter l'irruption du liquide amniotique et du sang dans la cavité péritonéale, on garnit de champs le pourtour du segment inférieur, repoussé par la tête fatale. Le liquide amniotique vient se collecter dans cette sorte de cuvette formée par les champs. Il masque la zone opératoire et gêne parfois notablement l'intervention. Et si ce liquide est septique on risque, ici, l'infection du péritoine, car l'isolement opératoire de l'utérus est beaucoup moins parfait dans ce cas que dans la césarienne classique ; où l'organe peut être extériorisé et reposer sur des champs. C'est du reste l'opinion de M. Couvelaire qui avoue ne pas comprendre comment par cette hystérotomie basse pratiquée *in situ* sans extériorisation de l'utérus, on peut préserver plus sûrement l'opérée du risque de contamination du péritoine ou du tissu cellulaire pelvien, lorsque le contenu utérin et la paroi utérine sont réellement infectés.

On peut aussi, quand le travail dure depuis longtemps, se trouver en présence d un segment inférieur très distendu et risquer, en incisant, de blesser l'enfant. Et si l'on fait une incision prudente on peut avoir une hémorragie qui cache la région opératoire et empêche de terminer de suite la section utérine. Ici les hémorragies, quoique moins fréquentes, sont plus difficiles à arrêter que dans les césariennes corporéales où l'hémostase est produite rapidement, en comprimant les pédicules utérins, en massant l'utérus ou en le tamponnant.

Quant à l'extraction du fœtus elle peut présenter des difficultés et parfois il est nécessaire de recourir au forceps de Pajot pour terminer l'accouchement. On risque alors des échappées de l'incision qui peuvent atteindre et même dépasser la ligne de solide attache du péritoine.

L'infection secondaire est moins à craindre dans les césariennes basses que dans les césariennes classiques. Le péritoine pelvien se défend mieux en effet que celui de la grande cavité. MM. Cauvelaire et Portes estiment que cette protection, bien que théoriquement imparfaite est cependant suffisante. De plus on obtient une meilleure péritonisation de la plaie utérine, car ici le surjet séro-séreux est fait facilement. Cependant cette péritonisation, ainsi que le fait remarquer M. Cathala, n'est pas parfaite. Le lambeau péritonéal inférieur tendu après sa suture ne s'applique pas exactement sur le segment inférieur, il existe sous la lame péritonéale une cavité où peut se faire un épanchement séro-sanguin.

Celui-ci peut s'infecter et une infection du tissu cellulaire n'est pas moins grave que l'infection du péritoine.

Quoiqu'il en soit la césarienne basse ne nous paraît pas devoir être appliquée à tous les cas comme l'estiment ses défenseurs. Quand aucun risque d'infection n'est en jeu, la césarienne classique, dont c'est ici le domaine, semble être indiquée. De même si l'infection est nette, ou que tout la fait supposer il faudra s'adresser à une autre intervention, à l'extériorisation temporaire de l'utérus. Les seuls cas où la césarienne basse nous semble devoir rendre des services sont les cas où on peut se trouver en présence d'une infection latente, légère. La meilleure défense du péritoine pelvien peut ici jouer son rôle. C'est pourquoi, dans les présentations de l'épaule négligées elle nous paraît être préférable à la césarienne corporéale, mais quand les membranes ont été rompues depuis peu et que la femme ne donne pas de signe net d'infection. Il faudrait alors s'adresser à l'extériorisation temporaire de l'utérus par le procédé de M. le Dr Portes.

Césarienne suivie de l'extériorisation temporaire de l'utérus par le procédé de M. le Docteur Portes.

Cette opération fut faite pour la première fois par M. Portes, le 14 décembre 1923, sur une femme dont l'enfant en présentation céphalique donnait des signes nets de souffrance. L'engagement ne s'effectuait pas, les membranes rompues, permettaient de soupçonner l'infection de l'œuf. Aussi M. Portes se décida-t-il à employer un nouveau procédé opératoire. Après avoir pratiqué une laparotomie et extériorisé l'utérus conformément aux règles de la césarienne abdominale, il ferma la paroi à l'aide de fils métalliques en serrant de très près l'utérus par le dernier point. Il ouvrit alors la cavité utérine, et après avoir extrait l'enfant et le placenta, il fit une suture qu'il recouvrit d'un surjet séro-séreux. L'utérus et les annexes ainsi extériorisées furent pansés à l'huile camphrée et à la bouillie lactique.

Au bout de quelques semaines, l'état de l'organe paraissant satisfaisant, M. Portes procéda à la réintégration dans l'abdomen. Il incisa la paroi entre le pédicule utéro-vaginal et l'ombilic, et après s'être rendu compte des adhérences et les avoir détruites, il continua son

incision jusqu'au pédicule utéro-vaginal. Il libéra alors tout le pourtour de ce pédicule de ses adhérences au péritoine et replaça l'utérus dans l'abdomen. Il ferma alors la paroi en 3 plans.

La femme se rétablit rapidement sans aucune complication.

Le compte rendu de cette opération fut lu par M. Portes à la Société d'obstétrique et de gynécologie à la séance du 10 mars 1924 et souleva des discussions nombreuses.

Mais l'idée était lancée. Cette opération toute différente des procédés d'extériorisation de la cicatrice sur le corps utérin (Sellheim, Kouver, Foster, Oulie) fit de nombreux adeptes. Depuis la première communication de M. Portes d'autres suivirent (Cleisz, Gueniot, Vaudescal, Levaut, etc.) et M. Couvelaire, en février 1925, à la Société d'obstétrique et de gynécologie, en rapporta 32 cas avec 2 morts.

Indications de la césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus.

Les indications générales de cette opération ont été posées par M. le docteur Portes lui-même et nous nous contenterons de les reproduire textuellement.

« Les indications de la césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus peuvent se présenter et se présenteront habituellement dans les cas de dystocie

d'origine pulvienne et, par exception, en dehors de toute cause de dystocie tenant au bassin.

« Dans les cas de dystocie d'origine pelvienne, la césarienne conservatrice pratiquée dès le début du travail reste évidemment l'intervention de choix, et la césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus ne trouve que des indications d'exception. Elle apparaît alors comme un pis-aller qui permet d'agir utilement lorsqu'on a laissé passer l'heure de la césarienne conservatrice et lorsque les conditions cliniques ne sont pas favorables à la pratique d'une pelvitomie. Elle peut, dans ces conditions, permettre d'éviter un certain nombre d'hystérectomies et de basiotriposies. Parmi les 40 cas où cette intervention a été jusqu'à présent réalisée 7 relèvent de cette indication.

« Dans les dystocies par tumeur, telle que fibrome ou kyste prævia, il semble que cette intervention puisse trouver quelquefois son indication.

« Elle sera rarement indiquée dans les cas de fibrome, où l'hystérectomie reprend ses droits du fait du danger des suites de couches dans les utérus fibromateux infectés, et du peu de valeur de l'utérus dans ces cas. M. Cleisz a cependant pratiqué une fois cette intervention pour un fibrome prævia. La femme était en travail depuis longtemps et son état général était alarmant. L'hystérectomie se présentait de par la situation du fibrome dans des conditions techniques difficiles, et il y avait lieu de redouter un choc opératoire important. J'ai eu l'occasion d'hystérectomiser secondairement

cette malade dans le service de M. Bouffe de St-Blaise. Son état actuel est satisfaisant.

« Au cas de kyste prævia, lorsque les membranes sont rompues depuis longtemps, il est vraisemblable qu'on pourra avec avantage pratiquer l'ablation du kyste et l'extériorisation temporaire de l'utérus.

« *Dans les dystocies par présentation vicieuse de l'enfant*, telle que siège incliné, *présentation de l'épaule*, présentation du front, on peut être amené à pratiquer cette intervention. Dans un cas (obs. n° IV) nous avons pratiqué la césarienne avec extériorisation pour une présentation de l'épaule irréductible, avec rupture prématurée des membranes, alors que la mise en place d'un ballon intra-utérin n'avait amené aucune dilatation du fait d'une *sclérose du col.*

« Il ne semble pas qu'au cas d'hémorragie rétro-placentaire, cette intervention trouve de fréquentes indications.

« Les hémorragies rétro-placentaires, en effet, qui conduisent à choisir la voie haute comme moyen de traitement, sont, comme l'a montré M. Couvelaire, celles qui s'accompagnent d'apoplexie utérine. Les lésions du muscle, lorsqu'elles sont importantes, commandent l'hystérectomie. D'autre part, l'état général qui est à l'origine de l'apoplexie s'accommode probablement mieux de l'hystérectomie que de l'extériorisation de l'utérus.

« Dans les hémorragies par insertion vicieuse du placenta, où l'on est en droit de redouter les risques d'infection latente et où l'hystérectomie est moins dange-

reuse que la césarienne conservatrice, on pourra peut-être, grâce à l'extériorisation temporaire de l'utérus, éviter quelques hystérectomies.

« Dans les cas où l'enfant est mort, on peut *a priori* être appelé à pratiquer la césarienne suivie d'extériorisation temporaire dans trois circonstances.

1° Quand l'extraction de l'enfant par voie basse est sinon impossible du moins particulièrement dangereuse. C'est ainsi que M. Cueniot a eu à notre connaissance l'occasion de pratiquer cette intervention dans un cas de présentation de l'épaule, où l'embryotomie était impossible du fait d'une rétraction utérine exagérée.

2° Quand on pense que toute manœuvre par voie basse est susceptible de provoquer une rupture utérine.

3° Dans les cas de putréfaction fœtale avec infection maternelle grave.

Nous ignorons quels seraient les résultats de notre technique dans de tels cas, mais nous pensons *a priori* que l'hystérectomie restera alors l'ultime ressource, soit selon le mode de Porro, soit selon la technique de l'hystérectomie en bloc sur utérus non ouvert ».

En résumé l'opération de Portes répond donc aux indications suivantes :

a) Extraire le contenu utérin, sans risquer d'infecter la cavité péritonéale maternelle et le tissu sous-péritonéal.

1° Au moment de l'ouverture de l'œuf.

2° Ultérieurement par propagation d'une infection de la plaie utérine suppurant.

b) Pouvoir lutter secondairement si l'infection continue à évoluer après évacuation de l'utérus.

Mais il ne faut pas l'oublier, ce procédé est un procédé d'exception qui ne doit être appliqué que dans les cas septiques ou douteux, et dont les indications sont rares. Il permettra souvent de sauver des utérus et peut-être, dans un avenir prochain, sera-t-il substitué dans la majorité des cas obstétricaux à l'hystérectomie et à l'opération de Porro.

Critiques adressées à l'opération de Portes.

Comme la césarienne basse, le procédé de M. Portes n'est pas admis par tous. Différents reproches lui sont adressés. Nous allons les résumer brièvement et dire ce que nous en pensons.

Le premier, et il semble le plus grave, est que cette opération se fait en deux temps et comme telle n'est pas facile à faire accepter en dehors du milieu hospitalier. Cela est vrai, et parfois il peut être très difficile sinon impossible de faire accepter une telle intervention à une femme et à son entourage. Mais ici, le praticien ne se sera décidé à tenter le procédé de M. Portes que pour sauver un utérus chez une femme dont la vie serait menacée par une opération conservatrice. C'est

donc à l'opérateur de présenter les choses avec assez d'habileté pour les faire accepter et de tout tenter (à moins d'indications contraires) avant de recourir à l'hystérectomie. Quant aux dangers du 2e temps, la réintégration de l'utérus (Brindeau, Gueniot) ils existent, mais ne paraissent pas avoir une importance capitale. En tout cas l'enjeu est de valeur et les risques à courir ne paraissent pas contrebalancer les avantages qu'en retirera la femme. Les autres critiques adressées à l'opération de M. Portes sont des craintes pour l'avenir. La femme pourra-t-elle redevenir enceinte et si oui la cicatrice tiendra-t-elle. Des adhérences ne se produiront-elles pas secondairement entre l'utérus et les viscères, entraînant des complications graves. A ces critiques, le temps se chargera de répondre et montrera si ces craintes sont fondées. Le procédé de M. le Docteur Portes est trop nouveau pour que l'on ait une opinion définitive.

Quoiqu'il en soit, depuis 1923, grâce aux nombres des cas opérés, l'expérience a permis d'acquérir une certitude sur certains points importants.

Points acquis.

Ce sont :

1° La possibilité pour l'utérus et les annexes de rester extériorisés de la cavité abdominale, sans danger, pendant plusieurs semaines.

2° L'absence de la contamination du péritoine malgré les infections sérieuses au cours desquelles l'opération a été tentée.

3° La possibilité d'obtenir un état d'aseptie suffisant pour que la réintégration dans le petit bassin ne soit suivie d'aucun accident fâcheux.

4° La parfaite perméabilité des trompes constatée au moment de la réintégration (Guéniot).

5° La conservation de la fonction ovarienne, comme en témoigne le retour des règles pendant et après la période opératoire.

6° Evolution de la cicatrice d'hystérotomie pendant la période d'extériorisation. On peut alors assister aux tableaux suivants :

a) L'infection est modérée, la réunion par première intention s'accomplit et on suit sous les yeux la cicatrisation de la plaie.

b) L'infection est plus forte. « Il se produit une désunion de la suture utérine et on observe les faits suivants : L'infection de la suture se manifeste, en général, assez tardivement, vers le 4e ou 5e jour, par désunion du surjet et par l'apparition, au niveau de chaque soie, d'un petit puits cratériforme, qui laisse sourdre du pus. Secondairement à cette suppuration locale une des soies rompt et la cavité utérine s'ouvre. La désunion se poursuit ensuite progressivement, restant parfois limitée à une partie de la cicatrice, s'étendant

d'autres fois à toute la hauteur de la suture ». (Portes).

On voit toute l'importance de cette surveillance extérieure de la cicatrice et dans les cas de suppuration la facilité que l'on a à panser cette dernière sans redouter les complications péritonéales. Et comme le dit M. Levaut en parlant de cette opération. « Ma conclusion est qu'on éprouve au cours de cette intervention un grand sentiment de sécurité lorsque l'utérus est ou paraît infecté ».

L'opération de M. Portes présente donc de nombreux avantages que l'on peut ainsi résumer suivant M. Potocki.

1° Absence de communication entre la plaie et la suture utérine de la grande cavité.

2° Possibilité d'amputer le corps utérin très facilement.

3° Conservation de la fonction de reproduction.

C'est pourquoi nous trouvons cette opération supérieure dans les cas infectés à la césarienne basse, même avec un Mickulicz et comme le dit M. Couvelaire, « on ne peut juger l'opération de Portes par des considérations *a priori*. Mais par des faits. Jusqu'à nouvel ordre, j'estime qu'elle mérite d'être étudiée et je continue à l'utiliser dans les circonstances, d'ailleurs rares, où elle me paraît indiquée. Si on veut la comparer à d'autres opérations, il faut établir le parallèle non pas avec des opérations envisagées en général mais avec des opérations pratiquées dans des conditions cliniques déterminées et comparables. Or, lorsque le contenu utérin est infecté je crois que l'opération de Portes est

plus sûre que l'opération césarienne basse. Parce qu'elle permet d'une façon absolument certaine d'opérer sans aucun risque de contamination de la cavité péritonéale et qu'elle est presque aussi sûre que l'hystérectomie parce qu'elle permet de réaliser très simplement l'exérèse secondaire de l'utérus si cette exérèse devient nécessaire.

La suggestion de M. J.-L. Faure de la remplacer par un drainage avec un sac Mickulicz mérite d'être retenue. Mais étant donné les conditions de son application sur la seule face antérieure de l'utérus je ne suis pas sûr qu'il puisse réaliser son indication majeure. A savoir l'établissement d'un barrage entre un foyer septique et la masse intestinale. Cette indication est bien remplie après les opérations d'exérèse comme l'hystérectomie. Elle ne me paraît pas l'être aussi bien lorsqu'il s'agit d'isoler les volumineux utérus post-parturis dont la surface extérieure n'a pu être sûrement protégée dans sa totalité contre les contaminations septiques.

D'autre part, si l'utérus est infecté, ce n'est pas le Mickulicz qui empêchera de se développer l'infection par voie sanguine. D'ailleurs, je le répète, ce sont les faits qui nous permettront de juger de la valeur d'une opération qui a pour but de résoudre, au mieux des intérêts de la mère, un problème clinique jusqu'à présent résolu par le sacrifice soit de l'enfant soit de l'utérus ».

C'est pourquoi dans les cas de présentations de l'épaule négligées avec signes nets d'infection (liquide amniotique odorant, température élevée, pouls fréquent

chez la mère, etc.), l'opération de M. Portes nous paraît indiquée. Et ces cas, autrefois justiciables de l'opération de Porro ou de l'hystérectomie totale ou sub-totale avec Mickulicz, peuvent tirer un grand avantage de cette nouvelle méthode.

Si cependant l'infection a traversé la barrière utérine et pénétré dans la voie sanguine, l'ablation de l'organe infecté est nécessaire. Devant des signes nets de septicémie, l'hystérectomie doit être faite, car la vie de la mère est en jeu. L'hystérectomie sub-totale avec Mickulicz paraît être la plus rapide et la moins choquante. Quant à l'opération de Porro elle est peu pratiquée aujourd'hui, le phacèle du moignon utérin laissant des cicatrices cratériformes longues à guérir.

Si l'extériorisation temporaire de l'utérus a précédé, l'exérèse sera facile et aussi sûre qu'une hystérectomie primitive, pourvu cependant que l'on n'hésite pas trop longtemps a sacrifier l'utérus, dès que cela est nécessaire.

OBSERVATIONS

Observation I

Césarienne suivie d'hystérectomie abdominale subtotale, pour présentation de l'épaule avec enfant mort et avec rétraction de l'anneau de contraction rendant impraticable l'embryotomie rachidienne. Guérison.

(Observation inédite due à M. le Pr. agrégé P. Guéniot)

Mme P***, 29 ans, II geste, a acouché spontanément à terme d'un enfant vivant il y a 11 ans. Enceinte de nouveau, elle a eu ses dernières règles le 25 septembre 1922. Elle entre à Lariboisière le 25 juillet 1923, pour présentation transversale du fœtus. On pratique la version par manœuvres externes, amenant au détroit supérieur le siège, qui était situé plus bas que l'autre pôle fœtal. On constate la difficulté du maintien de la nouvelle présentation. La présentation en travers s'étant reproduite, on amène de nouveau le siège en bas, on applique une ceinture avec tampons latéraux pour s'efforcer de maintenir la présentation longitudinale et on recommande à la patiente de prévenir dès les premières douleurs.

Lorsqu'elle prévient, le 28 juillet au matin, qu'elle a des douleurs, on trouve la dilatation du col déjà complète, les membranes de l'œuf rompues et la présentation de l'épaule qui s'est reproduite. L'interne de service, vers 7 h. du matin, tente la version par manœuvres internes, abaisse un pied, mais ne peut faire évoluer le fœtus, et il est gêné

déjà, paraît-il, par un anneau de contracture. M. Guéniot arrivant dans le service à 10 h. 1/2, voit la patiente et constate la situation suivante : enfant mort, grande anse du cordon procidente hors de la vulve, un membre supérieur procident dans le vagin, un pied abaissé; enfin la main, cherchant à pénétrer dans l'utérus et à saisir et encercler avec les doigts le cou du fœtus pour faire une embryotomie rachidienne, ne peut y parvenir, étant arrêtée par un anneau de contracture assez serré au-dessous duquel se trouve seulement le moignon de l'épaule avec le membre supérieur procident, le reste du fœtus et en particulier le cou se trouvant au-dessus de l'anneau.

Devant l'impossibilité de saisir le cou pour guider l'application d'un embryotome rachidien quelconque, M. Guéniot se décide à la césarienne suivie d'hystérectomie.

Opération par M. Guéniot. Aide : M. Leflaive, interne du service.

Iodage de la peau et de l'anse procidente du cordon. On coupe l'anse du cordon procident extérieurement. Longue incision médiane sus et sous-ombilicale. On extériorise l'utérus. A ce moment la patiente qui dort mal pousse et chasse hors du ventre son intestin; on a de la peine, la patiente poussant, à réduire et à maintenir réduite cette éviscération.

Incision de l'utérus, extraction du fœtus, puis du placenta inséré sur la paroi utérine postérieure, iodage de la surface interne de l'utérus; enfin on bourre la cavité utérine avec des compresses de gaze.

M. Guéniot et son aide changent alors de gants et passent à l'hystérectomie. Incision successive des ligaments larges au-dessous des annexes entre 2 champs, à droite, puis à gauche; incision du péritoine pré-utérin et décollement facile de celui-ci. Pincement des artères utérines. Section aux ciseaux de l'utérus. Ligature des artères utérines, puis des pédicules utéro-ovariens, au catgut. Fermeture, par surjet au catgut, du moignon utérin. Péritonisation du fond du bassin par surjet au catgut.

Toilette du péritoine. Ether dans la cavité péritonéale. Suture abdominale par plusieurs points de soie séparés, prenant tous les plans de la paroi et non noués tout de suite, puis surjet de catgut prenant à la fois la séreuse et le plan fibro-aponévrotique, enfin agrafes sur la peau. Un drain goldman a été mis jusqu'au fond du bassin et sort par la partie inférieure de l'incision abdominale.

La patiente, malgré deux anesthésies chloroformiques qui avaient déjà dans la matinée précédé cette dernière opération, pour la tentative de version, puis celle d'embryotomie, n'est pas shockée et va bien après l'opération. Sérum artificiel sous-cutané, vingt gouttes de solution d'adrénaline au millième.

Dans la soirée, cette opérée, qui est épileptique depuis l'enfance, a une crise d'épilepsie.

Suites opératoires bonnes. Le drain fut enlevé le surlendemain, après avoir aspiré jusque dans sa profondeur un peu de liquide séro-sanguinolent. La température légèrement fébrile sans dépasser 38° 8 pendant les premiers jours, était redevenue normale le sixième jour. Il y eut seulement le 7e jour un écoulement purulent par le vagin, avec élimination d'un long catgut qui était manifestement un surjet, sans doute celui du moignon utérin, et ensuite une suppuration d'une partie de l'incision abdominale, avec élimination de catguts.

Observation II

Césarienne suivie d'hystérectomie sub-totale, pour présentation de l'épaule négligée avec enfant mort, infection utérine et contracture utérine faisant échouer les tentatives d'embryotomie rachidienne. Mort par péritonite le 5e jour après.

(Observation inédite due à M. le Pr. P. Guéniot)

Mme S***, 33 ans, XII pare a eu 10 accouchements

spontanés à terme d'enfants vivants (dont 6 morts de 6 mois à un an de maladies diverses) et un avortement d'environ 6 mois.

Dernières règles du 17 au 20 juin 1925? Gestation suivie en ville par une sage-femme. Le 30 janvier 1926, à 21 heures, apparition des premières douleurs. La sage-femme, appelée, vient et rompt artificiellement les membranes (d'après la femme, la dilatation aurait été complète). A 23 heures, arrêt des contractions. La sage-femme repart chez elle.

Pendant la journée du 31 janvier, aucune douleur. A 23 heures, les douleurs reprennent et continuent toute la nuit, pas très violentes.

Le 1er février, à 7 heures, les contractions devenant plus intenses, la patiente fait appeler la sage-femme, qui, croyant à une présentation du siège, la fait pousser. A 11 heures, la sage-femme ayant, paraît-il, exercé des tractions sur un membre qu'elle croyait être un membre inférieur, constate qu'un membre supérieur apparaît à la vulve, et fait alors transporter la parturiente à l'hôpital.

Celle-ci arrive à Lariboisière à midi. Temp. 38° 8; pouls 132.

M. Guéniot constate une main gauche sortant de la vulve; au palper; utérus uniformément dur, il est impossible de distinguer aucune partie fœtale; au toucher profond il constate : dilatation complète du col, tête et cou élevés et difficiles à atteindre, situés du côté gauche, enfant mort.

Midi 30. Anesthésie au chloroforme. M. Guéniot tente d'extraire l'enfant par embryotomie cervicale. La difficulté d'atteindre le cou et de le saisir entre les doigts empêche d'employer les ciseaux de Dubois. Il recourt à l'embryotomie rachidienne de Tarnier. Il place le crochet sur le cou et fait la section, mais celle-ci n'intéresse qu'une portion. Il replace le crochet, non sans s'apercevoir que la première section faite descend de la base du cou sur le moignon de l'épaule. La direction du cou rend, en effet, très difficile, pour ne pas dire impossible, de placer le cro-

chet perpendiculairement à l'axe du cou, qui est plus voisin de la verticale que de l'horizontale. M. Gueniot a beau faire tirer par l'aide fortement en bas et à droite sur le bras procident, deux nouvelles sections qu'il pratique successivement en faisant tout son possible pour qu'elles portent sur le cou portent en réalité à la base de celui-ci sur le haut de l'épaule, tendant à détacher de plus en plus le membre supérieur du tronc, et ce membre en effet descend de plus en plus. (L'opérateur sent la clavicule sectionnée. Le fœtus se présentait en dorso-postérieure de l'épaule gauche.)

A la suite de ces manœuvres, la contracture utérine augmente, et la main de l'opérateur finit par être serrée au point de ne plus pouvoir arriver sur le cou.

Renonçant alors à l'extraction par voie basse, M. Guéniot se décide à recourir à la voie haute avec hystérectomie. Il achève alors la section de l'épaule du côté axillaire, au moyen des ciseaux de Dubois, pour détacher et enlever le membre procident.

Pendant ces tentatives d'embryotomie se révéla une odeur infecte du contenu utérin.

Laparotomie, en position décline modérée. Extériorisation de l'utérus; protection avec des champs opératoires. Incision médiane du corps utérin et du placenta inséré sur sa paroi antérieure. Extraction du fœtus (3100 grammes) et du placenta (450 gr.) Ligature au catgut des pédicules utéro-ovariens et des ligaments ronds. Section des ligaments larges. Incision et décollement du péritoine préutérin. Section de l'utérus après ligature des utérines. Surjet de catgut sur le moignon utérin. Surjet de péritonisation du fond du bassin.

Tamponnement à la Mickulicz avec drain à son intérieur, placé dans l'excavation pelvienne. Suture abdominale en un plan par des points séparés de grosse soie; quelques agrafes intermédiaires sur la peau.

Huile camphrée. Sérum artificiel sous-cutané, 1000 cm³.

Injection de sérum antigangréneux et antistreptococcique.

2 février, T. 37° pouls 100. Sérum antigangréneux et antistreptococcique. Le soir, temp. 38°2.

3 février. T. 38° 2; pouls, 104. Pansement; enlèvement de la mèche de Mickulicz. Le soir. T. 39°3.

4 février T. 38°9; pouls 120. Purgation dans la matinée. Le soir T. 39°5. Jusqu'à ce jour la malade avait paru assez bien.

5 février T. 39°9. Malade fatiguée, délire un peu. On aspire un peu de pus par le drain. Injection intra-musculaire de septicémine. Le soir T. 39°4.

6 février T. 40°5 pouls 140. Décès à 10 h. 30.

Autopsie 7 février. A l'ouverture de l'abdomen, grand épiploon recouvert de fausses membranes verdâtres, ratatiné, sphacélé par place. Les anses intestinales sont dilatées, très congestionnées et recouvertes de fausses membranes. Dans le fond du petit bassin, une assez grande quantité de liquide brun verdâtre. En somme, péritonite.

Observation III

Césarienne suivie de l'extériorisation temporaire de l'utérus par le procédé de M. Portes pour une présentation de l'épaule négligée.

(M. P. Guéniot. *Revue française de gynécologie et d'obstétrique.* Année 1924, n° 19.)

Mme B***, 24 ans, a eu une première grossesse terminée par une fausse couche de 2 mois 1/2 en juillet 1923. Le 25 juillet 1924, ayant une seconde grossesse à terme, elle entre en travail. A 11 h. 30, à Lariboisière, on constate que le col présente une dilatation du diamètre d'une pièce de 2 francs, et que la présentation qu'on croit être un siège, descend; bruits du cœur fœtal bons. A 19 h.30 on ne per-

çoit plus les bruits du cœur fœtal. L'interne appelé trouve un bras dans la vagin et constate une présentation de l'épaule, avec dilatation complète du col et utérus déjà retracté rendant le palper impossible.

On m'appelle alors; constatant une présentation de l'épaule, avec enfant mort, je me prépare à faire une embryotomie rachidienne. J'abaisse au dehors le membre supérieur procident et j'y place au-dessus du poignet un lacs que je fais tenir et tirer en bas et à droite par mon aide, afin de fixer le fœtus et d'abaisser le plus possible son cou. Mais celui-ci et la tête, haut situés, dans un utérus retracté, sont difficilement accessibles et ne s'abaissent pas sensiblement malgré les tractions exercées sur le lacs. Le cou ne peut-être accroché solidement par la main et est trop peu accessible pour me permettre de le sectionner avec les ciseaux de Dubois, dont le maniement dans ces conditions serait aveugle et dangereux. J'essaye alors de me servir de l'embryotome-guillotine de Tarnier; mais je ne parviens pas à engager le cou dans le crochet de l'instrument. En présence de ces vaines tentatives, je me décide à pratiquer l'opération césarienne suivie de l'extériorisation temporaire de l'utérus afin d'éviter de le supprimer.

Sous anesthésie chloroformique, je fais donc la césarienne, en extériorisant l'utérus avant de l'inciser, et j'extrais une fille de 2.950 grammes. Après l'extraction du délivre, je suture la paroi utérine, en deux plans : un plan de points séparés à la soie prenant toute l'épaisseur de la musculeuse utérine, y compris la face muqueuse, mais à l'exclusion de la séreuse; un second plan superficiel, surjet au catgut prenant la séreuse et la surface de la musculeuse. L'utérus avec ses annexes est laissé hors du ventre, et je suture complètement, au-dessus de lui, la paroi abdominale en deux plans : un surjet de catgut prenant la séreuse pariétale et le plan fibro-aponévrotique, et des crins sur les téguments; en outre, deux fils de soie prenant toute l'épaisseur

de la paroi abdominale ont été placés à l'extrémité inférieure de l'incision abdominale, juste au-dessus du pédicule de la masse utéro-annexielle. Pansement de l'utérus et des annexes extériorisées avec des compresses stériles imbibées d'huile camphrée.

Suites opératoires fébriles, mais sans aucune manifestation de réaction péritonéale et avec état général assez bon. La température pendant la première semaine se tient en général entre 38°5 et 39°5, avec pouls entre 100 et 120, puis pendant la seconde semaine elle ne dépasse généralement plus 38°5 le soir et se tient entre 37° et 38° le matin.

L'opérée absorbe quelques gorgées d'eau dès le lendemain, du lait dès le surlendemain de l'opération. Lavement le 3e jour, purgation le 4e jour. L'écoulement lochial reste normal, sans aucune altération de couleur, ni odeur.

Je fis le premier pansement le surlendemain de l'opération, le 27 juin : l'utérus a un aspect normal; les annexes, en particulier *les ovaires, sont d'un rouge vif.* Pansement à l'huile camphrée.

2e pansement, trois jours plus tard (30 juin) : l'utérus garde son aspect normal; annexes moins rouges; mais *un peu de pus bleu* dans le pansement. Pansement à l'huile camphrée.

3e pansement le 2 juillet : *pus bleu*; il est apparu des *zones d'exsudat blanchâtre à la surface de l'utérus*; en outre, une *petite escharification superficielle très limitée* commence à apparaître en un point de la partie inférieure de la ligne de suture utérine. Pansement à la bouillie lactique (composée d'un bouillon de culture de ferments lactiques mélangés à une certaine quantité de lactose stérilisée).

Dès lors les pansements deviennent quotidiens et sont faits à la bouillie lactique.

Le 3 juillet, l'exsudat blanchâtre a gagné en étendue sur l'utérus; *annexes* (trompes et ovaires) *turgescentes*, augmentées de volume, il commence à y avoir des *adhérences entre la trompe et l'ovaire.*

Le 4, j'enlève les crins de la ligne de suture abdominale, qui est cicatrisée. L'exsudat blanchâtre utérin a en grande partie disparu. Il a disparu tout a fait le 5, c'est-à-dire 3 jours après son apparition; la surface de l'utérus est alors entièrement rouge; j'excise aux ciseaux la petite eschare superficielle encore adhérente.

Du 7 au 31 juillet, je prends mes vacances, l'opérée est alors suivie et les pansements sont faits par l'interne M. Vialard. Il note, le 11 juillet, moins de pus bleu, l'utérus régresse, les débris de la petite eschare s'éliminent peu à peu, annexes tuméfiées. Le 18 juillet : l'amélioration continue, annexes moins congestionnées; l'utérus régresse. Vers le 22 juillet, il y a pendant deux ou trois jours un écoulement sanguin par les voies génitales, ayant les caractères d'un écoulement menstruel, et pendant lequel on vit l'utérus plus congestionné.

Le 1er août, à mon retour de vacances, je trouve un utérus ayant notablement régressé et diminué de volume pendant mon absence, mais à surface encore rouge et suppurante, avec pus bleu; annexes rouges, tuméfiées, *la trompe et l'ovaire de chaque côté sont adhérents entre eux.* Je remplace les pansements à la bouillie lactique, continués jusqu'alors, et que mon interne avait cru pouvoir espacer tous les deux jours, par une application d'éther (qui est douloureuse) puis par un pansement avec des compresses imbibées de sérum artificiel, que je renouvelle tous les jours.

Les 2, 3, 4 août la suppuration diminue; l'utérus, régressant de plus en plus et comme attiré vers le ventre, *s'enfonce de plus en plus* et rapidement dans la paroi abdominale au point que *son fond dès le 4 août ne fait plus saillie au-dessus des téguments.*

Le 5 août je fais un examen soigneux sous anesthésie chloroformique, et je pratique *le cathétérisme des trompes, qui sont toutes deux perméables.*

6, 7, 8 août, pansements à l'huile goménolée à 20 %.

Le 8 août M. Portes vient voir la patiente et estime, malgré le léger suintement qui persiste, et d'après son expérience personnelle d'un certain nombre de cas observés, que le moment de réintégrer l'utérus dans l'abdomen est venu. Je pratique cette opération le lendemain.

9 août. *Seconde opération.* M. Portes veut bien me servir d'assistant. Anesthésie générale à l'éther. *L'utérus, à ce jour, a complètement disparu au-dessous des téguments*, au fond d'une sorte d'infundibulum, et il n'est même plus visible; seules les annexes sont restées à l'extérieur; maintenues par des adhérences. Je cathétérise les trompes; *toutes deux sont perméables.* J'incise la paroi abdominale d'abord au-dessus et à quelque distance de l'utérus, pour tomber autant que possible sur une séreuse libre d'adhérences, puis je prolonge aux ciseaux l'incision vers le bas jusqu'à la masse utéro-annexielle adhérente à la paroi. Les annexes sont alors libérées de chaque côté de leurs adhérences à la paroi. Du côté gauche, au niveau d'un point fortement adhérent, je sectionne pour faire la libération en plein tissu pariétal, laissant adhérent à la trompe un peu de tissu pariétal que j'excise ensuite de mon mieux pour la plus grande partie, après avoir mis à sa base une ligature de catgut. La masse utéro-annexielle libérée et ayant repris sa place dans le bassin, j'introduis un drain jusqu'au fond du cul-de-sac de Douglas, et, en raison du suintement sanguin qui se fait à la surface de l'utérus à la suite des manipulations opératoires, deux mèches de gaze aseptique sont appliquées immédiatement contre la face postérieure de l'utérus et des annexes, et une troisième contre la face antérieure de l'utérus : drain et mèches sortent par l'extrémité inférieure de l'incision abdominale, que je suture en un seul plan avec de gros crins doubles.

Le soir, température 37°5. Les jours suivants, aucun signe de réaction péritonéale; mais fièvre entre 39 et 39°5 pendant 5 jours, entre 38 et 39° pendant deux jours encore, après quoi la température s'abaisse au-dessous de 38°.

Le 10 août (lendemain de l'opération), je change le pansement, qui est peu souillé, seulement par de la sérosité sanguinolente. Le 11, j'enlève les mèches : ablation suivie de l'effusion d'un liquide sanguinolent assez abondant retenu.

Le 12, apparaît une suppuration, qui dure environ une semaine : chaque jour j'aspire par le drain 10, 15, 20 centmètres cubes — et même un jour ou il y avait obstacle à l'écoulement (le 15 août) jusqu'à 60 centimètres cubes — de pus jaunâtre, homogène, « louable ». Après cette aspiration évacuatrice, j'injecte par le drain, le 13 août, de l'éther, les jours suivants de la bouillie lactique.

Le 18 août, la suppuration étant très minime, je supprime tout drain et j'engage seulement l'extrémité d'une petite mèche de gaze dans l'orifice de drainage. Le 16, j'avais enlevé les crins de la paroi abdominale qui était réunie à part quelques points de suppuration superficielle.

Le 22 août, pendant la nuit, écoulement de sang par les voies génitales, paraissant correspondre à de nouvelles règles ébauchées.

Le 24 août, l'opérée commence à se lever.

Le 9 septembre la cicatrisation abdominale est complète.

Le 11 et 18 septembre deux examens gynécologiques, par le palper et le toucher combinés montrent un utérus en attitude normale, *mobile comme un utérus normal*, de volume normal, non douloureux; on perçoit les annexes gauches légèrement augmentées de volume, non douloureuses; on ne perçoit rien à droite. La patiente, qui se lève tous les jours, ne souffre pas.

Elle quitte l'hôpital le 19 septembre.

Cette malade a été revue par M. Gueniot le 31 décembre 1925, plus de 16 mois après la réintégration de son utérus. Cette femme ne souffrait pas, était réglée régulièrement, mieux dit-elle qu'avant son opération; son utérus en attitude et de volume normaux présentait une mobilité normale.

Observation IV

Extériorisation temporaire de l'utérus par le procédé de Monsieur Portes.

(Observation de M. L. Portes *in thèse Scemla*, clinique Baudelocque obs. 532 de 1924.)

Mme D. âgée de 32 ans, entre à la clinique Baudelocque le 9 avril 1924 au cours de sa sixième gestation.

Il n'y a rien à retenir dans ses antécédents si ce n'est que sa première gestation s'est terminée en 1908 par l'accouchement spontané à terme d'un enfant vivant qui mourut de rougeole à l'âge de 2 ans.

La deuxième gestation se termina en 1919 par l'accouchement prématuré (7 mois) spontané d'un enfant mort. Délivrance artificielle.

La 3e gestation se termina en 1920 par un avortement au 4e mois.

La 4e gestation se termina en 1921 par l'accouchement à huit mois 1/2 d'un enfant mort se présentant par le siège. Délivrance artificielle.

La 5e gestation se termina en 1922 à la clinique Baudelocque. Il s'agissait d'une présentation transversale avec rupture prématurée des membranes onze heures avant le début du travail. La dilatation se complète en trente-neuf heures après la pose d'un ballon intra-utérin. Version par manœuvres internes suivies d'extraction. L'enfant du poids de 3070 gr. né en état de mort apparente ne peut être ranimé. Hémorragies de la délivrance. Délivrance artificielle.

La gestation actuelle est à terme. D. R. 20-22 juillet 1923. Elle a évolué normalement.

A l'entrée on constate.

Hauteur de l'utérus 37 centimètres. Malformations utérines. Fœtus en présentation transversale irréductible.

Dos en avant, tête dans l'hypocondre droit. Siège élevé dans la fosse iliaque gauche. Bruits du cœur perçus. Au toucher le col est en bonne place, il est souple, entr'ouvert. le bassin paraît normal.

Le 14 avril, à 18 heures, rupture prématurée des membranes. Issue abondante de liquide opalescent. Apparition des contractions utérines, rares et peu intenses. Toutes les tentatives de verticalisation du fœtus ont échoué. Mise en place d'un ballon intra-utérin.

Pour mettre le ballon dans le col, on éprouve des difficultés, du fait de la résistance de l'orifice utérin. Mise en place d'un ballon de 250 cm³.

A 23 heures, soit cinq heures après la mise en place du ballon, malgré les contractions utérines répétées il n'y a aucun progrès de dilatation. Les bruits du cœur sont encore bons. Température 38°5. Pouls 90.

Intervention. — Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie sus et sous-ombilicale. Extériorisation de l'utérus qui apparaît nettement malformé (type cordiforme). Fermeture immédiate de la paroi au-dessus de l'utérus en un plan au bronze. Hystérotomie. Extraction de l'enfant vivant. Délivrance relativement difficile du fait d'adhérences du placenta. Fermeture de l'utérus par 8 soies totales, n'intéressant pas la muqueuse. Surjet d'enfouissement séro-séreux au catgut. L'utérus revient mal sur lui-même. Injection d'ergotine. Pansement au sérum chaud. A la fin de l'intervention le pouls est à 144. L'utérus continue à saigner. Nouvelle injection d'ergotine. L'hémorragie cesse.

Les suites opératoires immédiates sont normales. Mais le 21 juin, après désunion du surjet séro-séreux qui a cédé dès le 4e jour, commence la désunion de sa partie moyenne.

On enlève 3 soies. Les jours suivants, du 22 au 26 juin, la plaie utérine prend un caractère très sphacélique et se désunit totalement. En même temps la température oscille entre 38° et 39°. A partir du moment où la suture est tota-

lement désunie et sous l'influence de pansements à la bouillie lactique, la température tombe et la plaie se déterge.

Le 7 mai une phlegmatia alba dolens s'installe à droite.

Le 15 mai infarctus pulmonaire avec crachats hémoptoïques.

Le 17 mai apparition d'une phlegmatia à gauche.

Le 26 mai, la régression utérine étant très avancée et l'utérus étant propre, on décide de le fermer.

Deuxième intervention. — Excision au cours d'un pansement et sous anesthésie des bords libres de la plaie. Réunion des deux lèvres par les voies n'intéressant pas la muqueuse.

Le 31 mai ablation de 2 soies.

Le 2 juin ablation de 2 autres soies.

Le 10 juin l'utérus étant absolument détergé et alors qu'il n'y a plus trace de cicatrice à la surface de l'utérus, on décide sa réintégration.

Troisième intervention. — Anesthésie générale au chloroforme. Iodage de l'utérus et de la paroi. Ouverture de l'abdomen sur le côté gauche de l'ombilic. La cavité péritonéale est libre de toute adhérence. Un coup de ciseaux médian conduit sur la face postérieure du col utérin. Le doigt détruit facilement les adhérences utéro-pariétales à droite et à gauche jusqu'à la face postérieure des ligaments larges. Le doigt s'insinue enfin entre les bords supérieurs des ligaments et la paroi est libérée facilement des adhérences. Il n'est pas nécessaire de disséquer.

Fermeture de la paroi en un plan au bronze, après surjet péritonéal au catgut. Drainage par un drain et 2 mèches.

Suites opératoires faciles. Ablation du drainage. La malade quitte l'hôpital en bon état le 30 juin. Elle ne souffre pas mais il semble au toucher que, bien que le col ait gardé sa mobilité, le corps utérin est fixé par des adhérences lâches à la partie basse de la cicatrice abdominale.

L'enfant est vivant.

Observation IV

Présentation de l'épaule négligée, enfant vivant. Opération de Portes.

(Observation originale due à Monsieur le Dr L. Devraigne)

Mme M... âgée de 26 ans, entre le 2 février à la Maternité de Lariboisière pour présentation de l'épaule irréductible.

Cette femme, enceinte pour la troisième fois, n'offre rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et pathologiques. Elle a marché à 14 mois et eut à 14 ans ses premières règles qui se continuèrent régulièrement et sans douleurs.

Enceinte pour la première fois à l'âge de 20 ans, elle accoucha, à terme et normalement, le 12 juin 1920, d'une fille qui fut nourrie pendant 6 mois au sein puis au biberon.

Le 2e accouchement (normal et à terme) eut lieu le 3 octobre 1921. L'enfant, un garçon, fut lui aussi élevé pendant 5 mois au sein puis au biberon. Ces deux enfants sont en bonne santé et n'ont jamais présenté de troubles graves.

La gestation actuelle est à terme (D. R. 7 avril 1925). Elle a évolué normalement et une sage-femme fut consultée à partir du mois de décembre. Le 29 janvier 1926 la femme commence à souffrir et le 30 à 16 h. perd les eaux. Les douleurs continuant la sage-femme est appelée le lendemain (31 janvier) et après avoir examiné la parturiente déclare « que ce serait pour plus tard ».

Le 2 février à 5 heures du matin, la sage-femme conseille à la femme de pousser, mais à 6 heures, après examen, elle lui annonce « que son enfant vient par l'épaule ». Elle la fait alors conduire à l'hôpital et cette dernière arrive à la Maternité de Lariboisière à 8 heures.

A l'examen d'entrée, on constate : la main et l'avant-bras gauche du fœtus sont à la vulve. L'utérus, d'une hauteur de 33 cm., élargi transversalement est dur et se con-

tracte sans arrêt. Le fœtus a la tête dans la fosse iliaque droite, le dos en avant, et le siège dans la corne gauche.

Aucun toucher n'est pratiqué.

La température de la femme est de 37°5.

Monsieur Devraigne, prévenu, conseille de faire, en attendant son arrivée 1 centigramme de morphine, et à 9 heures, après avoir examiné la femme à son tour, décide de pratiquer une césarienne suivie de l'extériorisation temporaire de l'utérus. (Opération de Portes.)

La femme qui a été préparée auparavant, toilette complète et nettoyage du corps à l'éther puis à l'alcool (aspersion du bras fœtal qui est à la vulve, à la liqueur Labarraque) est endormie au chloroforme.

Intervention. — Monsieur Devraigne, aidé de l'interne de service, M. Blum, pratique une laparatomie sus et sous-ombilicale, et extériorise l'utérus. Il procède alors à la fermeture de l'abdomen à l'aide d'une pince de Museux.

Il fait une hystérotomie et tombe sur le placenta inséré à la face antérieure, après décollement de celui-ci il arrive à gauche sur les membranes. Il ouvre l'œuf et extrait l'enfant qui était bien dans la position qu'avait révélée l'examen. L'enfant, un garçon (3.250 gr.), est pâle mais semble esquisser de vagues mouvements. L'extraction du placenta (650 gr.) rapidement faite, est suivie de l'iodage de la cavité utérine.

Monsieur Devraigne quitte alors l'opérée pour aller ranimer l'enfant qui n'a pas encore crié. Aspiration de gros bouchons muqueux. Bains chauds et froids. Insufflation. Enfin 30 minutes après son extraction l'enfant respire et crie.

Pendant ce temps l'interne du service, M. Blum, a procédé à la suture de l'utérus en 2 plans : surjet musculo-muqueux, points séparés musculo-séreux. Après avoir changé de gants, il ferme la paroi abdominale au-dessus et en arrière de l'utérus par un surjet péritonéal : points séparés musculo-aponévrotique et des agrafes Michell sur la peau.

L'utérus extériorisé est enveloppé de compresses imbibées

d'huile camphrée. La femme perd un peu par la vulve.

On lui fait 20 cm³ d'huile camphrée et 500 gr. de sérum salé.

La température est alors de 37°7 et le pouls bat à 125.

Le soir on fait à la malade 500 cm³ de sérum glucosé adrénaliné en injection sous-cutanée et le lendemain 3 février, 500 cm³ de goutte à goutte rectal.

Le 4 février. — Pansement de l'utérus à la bouillie lactique.

Le 6 février. — On remarque une eschare se produisant au niveau de la suture utérine. On passe alors la malade à Perreau, après avoir fait un pansement à la bouillie lactique.

Le 10 février. — L'utérus qui s'était recouvert d'un enduit blanchâtre se déterge et devient rouge, ainsi que les annexes. La régression de l'utérus se produit rapidement.

Bouillon vaccin.

Le 17 février. — L'utérus ayant été pansé tous les deux jours à la bouillie lactique, paraît en bonne voie de guérison.

On a assisté à l'élimination de l'eschare de la plaie utérine et à son bourgeonnement qui se fait de façon tellement satisfaisante, qu'après avoir pensé un moment à faire une suture secondaire, Monsieur Devraigne y renonce.

On continue les pansements à la bouillie lactique tous les 2 jours.

Le 15 mai. — MM. Portes et Lacomme, procèdent à la réintégration de l'utérus. Anesthésie générale au chloroforme. Lavage au savon de l'utérus et des tissus environnants, puis iodage.

Ouverture de l'abdomen par une incision débutant à 2 ou 3 cm. du pédicule utérin.

L'exploration au doigt montre que la cavité péritonéale est libre de toute adhérence. On détruit alors les adhérences qui s'étaient formées entre la paroi et le pédicule. L'utérus est alors remis en place et la paroi abdominale refermée après pose d'un drain et d'une mèche.

La mèche est retirée le 17 mai, le drain le 18.

Le 24. — La femme est dans un état satisfaisant. Il s'est fait un léger suintement, rapidement disparu, sans importance. La femme se porte très bien et ne souffre pas du tout de son abdomen.

L'enfant, dès les premiers jours de sa naissance, présente une paralysie du bras gauche. Paralysie du plexus brachial, à type surtout radial, (main tombante, chute du bras et de la main) qui nécessite une écharpe pour le maintien de ce membre. Les mouvements provoqués ne sont pas limités.

Au bout de quelques jours, amélioration rapide, l'enfant remue ses doigts et relève la main.

Progressivement, la disparition de l'impotence fonctionnelle, notée au début, est obtenue et le 24 mai on fait pour plus de sûreté un examen électrique qui montre que tout est normal.

CONCLUSIONS

I. Dans les présentations de l'épaule négligées, l'enfant étant mort, l'embryotomie rachidienne est le procédé de choix qui devra être employé dans la majorité des cas.

II. Quand l'enfant est vivant et que la version est impossible ou dangereuse on devra recourir :

a) S'il n'y a pas de signes d'infection manifeste, à la césarienne basse.

b) S'il y a des signes d'infection à la césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus (opération de Portes), ou à la césarienne suivie d'hystérectomie.

III. Quand l'enfant est mort et l'embryotomie impossible ou dangereuse du fait de la rétraction utérine, les mêmes procédés chirurgicaux peuvent être utilisés mais cette éventualité est exceptionnelle.

Vu, le Doyen, *Vu, le Président,*
H. ROGER. COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. LAPIE

BIBLIOGRAPHIE

Alter (W. F. K.). — Zur Pathologie und Therapeutic der Guerlage. (*Beobuchtungen in der Palikmik*, 1894-1900, juli). *Th. Breslau*, 1902.

Aubert (L.). — L'opération césarienne transpéritonéale sur le segment inférieur. (*Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, mars 1921).

— Congrès des gynécologues de langue française, 1921. (*Gynécologie et obstétrique*, tome IV, n° 5, page 506).

Audebert et **Fournier**. — Réflexions sur une série d'opérations césariennes; trois conservatrices, cinq mutilatrices. (*Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie*, 1923, page 407).

— Un cas de césarienne tardive. (*Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie*, 1908).

Arnesen (A.). — Case of transverse presentation with « miroed labor », living fœtus. (*Norsk. Mag. f. Laegolsidensk. Kristania*, 1918, 530-532).

Asteriades (T.). — Opération césarienne tardive; drainage à la Mickulicz. (*Gynéc. et obst.*, Paris 1924, 515-518).

Audebert. — Opération de Portes. (*Bull. Soc. d'obst. et de gynéc.* Paris, 1925, XIV, 485-487).

Balart (P.). — Sur trois cas de césarienne supra-symphysaire. (*Soc. d'obstétrique et de gynécologie*. Bordeaux, novembre 1923).

Bar (P.). — L'obstétrique, 1899.

— Leçons de pathologie obstétricale, 1900.

— La place de la section césarienne dans les interventions obstétricales. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1919, page 571. *Arch. Mens. d'obst. et de gyn.*, février 1919, page 579).

— Congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française, 1921. (*Gyn. et obst.* 1921, tome IV, page 513).

— Congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française, 1925.

— De l'opération césarienne. (*Semaine médicale*, 1887).

— A quel moment doit-on pratiquer l'opération césarienne ? (*Société de Médecine pratique*, déc. 1888).

Barbour (A. H. F.). — Note on a case of decapitation. (*Tr. Edimb. obst. soc.* 1890-91, XVI, 55-57).

Beek. — Sur une section césarienne basse. (*American Journal of Obst. gyn.*, tome I, n° 6, mars 1925 et n° 8, mai 1921).

Berson. — Deux observations de césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus. (*Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, Paris, 1924, XIII, 586-589).

Beuttner (O.). — Technique de l'opération césarienne transpéritonéale basse. (*Rev. franç. de gyn. et obst.*, janvier 1923).

— Congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française, 1921 (in *Gyn. et obst.*, tome IV, page 507).

Birnie John (M.). — Quelques statistiques de césarienne. (*Boston Med. and Surg. Journal*, tome CLXXXVI, n° 4, janvier 1922, page 104).

Blacker (G.). — The limitation of cesarean section. (*Journal of Obst. and Gyn. of the British Empire*, n° 3 et 4, vol. 28, 1921).

Boquel. — Deux opérations césariennes d'urgence. (*Annales de la Soc. d'obst. de Paris*, novembre 1901).

— Sur l'opération césarienne d'urgence. (*Annales de la Soc. d'obst. de Paris*, 1904).

— Congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française, 1921. (*Gynéc. et obst.*, 1921, tome IV).

Bright Baunister. — Cesarean. section in infected cases of obstructed labour. (*Journal of obst. and gyn. of the British Empire* n° 3 et 4, vol. 28, 1921).

Brindeau. — Congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française, 1921 (in *Gyn. et obst.* 1921, tome IV, page 522)

— Quelques réflexions à propos de la césarienne sus-pubienne. (*Bulletin de la Soc. d'obst. et de gynéc.*, n° 2, 1922, page 69).

— A propos de la césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus. (*Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, février 1925).

— (*Soc. d'obst. et de gyn.*, novembre 1925).

Bustamente (A. de) — El problema de la Cesarea tardia a la extercorization temporal del utero. (Portes) dos casos, clinicos seguidos de exito completo. (*Rev. med. Cuboa*, Habana, 1925, XXXVI, 1-14).

Calcaterra. — Contribution à l'étude de la césarienne transpéritonéale basse. (In *Revista di ost. gin. pratica*, Palermo, sept. 1921).

Cathala. — De la valeur de la césarienne transpéritonéale basse. (*Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, fasc. 1, page 37, 1926).

Chataing. — Etude statistique de la présentation de l'épaule à la clinique Farnier, de 1898 à 1909. (*Th. Paris*, 1908-1909).

Cleisz (L.). — Quatre obs. de césarienne suivies d'extériorisation temporaire de l'utérus. (*Bull. Soc. d'obst. et de gyn.* 1924, XIII, 725-728).

Coles. — Transverse position of the Child. with prolapse of the arm. and impaction. (*Ass. Med. Philad.*, 1903, V, 18-20).

Costa Palacios. — Un cas de césarienne avec extériorisation de l'utérus. (*Soc. d'obstétrique de Paris*, 1925).

Couvelaire. — Indications de la césarienne conservatrice par voie abdominale en dehors des bassins rétrécis.

(Rapport au Congrès de 1921, *in Gyn. et Obst.* tome IV, n° 4, 1921, page 512).

— A propos de la césarienne avec extériorisation temporaire de l'utérus (*Soc. d'obst. et de gyn.*, février 1925 et mars 1924).

— Statistique des césariennes basses faites à la clinique Baudeloque. (*Société d'obst. et de gyn.*, novembre 1925).

Delmas. — Des rachitomies. (*Montpellier méd.*, 1925).

Delrieu. — La césarienne extra-péritonéale. (*Thèse de Lyon*, 1911).

Demelin. — De l'embryotomie rachidienne. (*Art de thérap· clinique*, 1899).

Demelin et **Devraigne**. — *Manuel des accoucheurs*, 1924.

Doderlein. — Communication à la société obstétricale de France, 9 octobre 1909.

Doleris. — Rapport au Congrès de St-Pétersbourg. In *Gynécologie*, février 1901.

— Douzième Congrès des chirurgiens scandinaves. (In *Gyn. et obst.*, tome I).

Dufour (E.). — Contribution à l'étude des présentations de l'épaule. (*Th. Paris*, 1899-1900).

Duvillon et **Beghin**. — Opération de Porro pour présentation de l'épaule négligée (*Bull. Soc. obst. et gyn.* Paris, 1924, XIII).

Eisenreich. — Sur la césarienne extra-péritonéale. (In *Munch. Med. Wochen*, 25 février 1921, p. 225).

Engelhard. — Contribution à l'étude de la césarienne tardive. (*Th. Paris*, 1926).

Gall (P.). — Contribution à l'histoire de la section césarienne. (*Gyn. et obst.*, Paris 1925, LXXVII).

Gaulard et **Buc**. — L'hystérectomie.

Grosse (A.). — L'opération césarienne conservatrice tardive, ses indications actuelles. (*Revue Franç. de gyn. et d'obst.*).

Gueniot (P.). — Le tamponnement-drainage à la Mickuliez peut-il être préféré à l'extériorisation temporaire de l'utérus dans les césariennes sur utérus infectés ou

très suspectes? (*Bull. de la Soc. de gyn. et d'obst.*, 1924, n° 10, page 790).

— *Soc. d'obst. et de gyn.*, janvier 1926, p. 42.

— Extériorisation temporaire de l'utérus césarisé réintégré dans l'abdomen au 45e jour (*Bull. soc. d'obst. et de gyn.* Paris 1924. XIII et dans *Revue Française de gyn. et d'obst.*, Paris 1924, XIX).

Heinricius (G.). — Sur l'emploi du crochet de Braun dans les présentations de l'épaule négligées. (*Arch. d'obst. et de gynéco.* Paris, 1893).

Heurotay. — Les indications des hystérotomies abdominales pendant le travail en dehors des augusties pelviennes. (Rapport au Congrès de 1921 in *Gyn. et obst.* 1921, tome IV, n° 4).

Holmes et Burdick. — L'épreuve du travail en rapport avec la section césarienne. (*American Journal of obst. and gyn.* 1922).

Jeannin. — Rapport à la Société d'obstétrique, 9 oct. 1909.

— La césarienne supra-symphysaire. (*Revue générale l'Obstétrique*, 1909).

Jeannin et Gueniot. — Thérapeutique obstétricale et gynécologique.

Jullien. — Présentation de l'épaule, rétraction de l'anneau de Baudl. (*Gaz. médic. de Picardie*, Amiens, 1900).

Kehrer (F.). — De la conduite à tenir dans les présentations de l'épaule négligées. (*Congrès périod. de gyn., d'obst. et de pédiat.*, 1895-1896).

Klein (I.). — Les césariennes supra-symphysaires. (*Revue critique, Thèse de Paris*, 1912).

Kouvver. — La section césarienne classique et la section extra-péritonéale supra-symphysaire. (*L'Obstétrique*, 1911).

Lequeux. — Congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française, 1921 (in *Gyn. et obst.* 1921, tome IV, page 526).

Lelorier. — Opération césarienne conservatrice après rupture des membranes (*Obst.*, 191, novembre).

Lepage. — De l'opération césarienne tardive. (*Bulletin médical*, 29 mars 1907).

Lee (J.-B.) et **Cornell (E. L.).**— Low. cervical cesareau section. Results in one hundred. and forty five cases. (*Journal Am. Med. Ass.*, 1922, tome LXXIX).

Lemoussu. — La césarienne tardive. (*Thèse de Paris*, 1910).

Lichenstein. — Intra-péritonéale cervicale Kaiser Schnickbei verschleppte querlage (*Zenhollblatt f. Gyn.* Leipzig, 1920).

Maci (O.). — Des présentations de l'épaule négligées. (*Rev. générale de Chir. et de thérap.*, 1902).

Marassi. — Contribution à l'étude de la césarienne transpéritonéale supra-symphysaire. (*Thèse Paris*, 1925).

Munro-Kerr. — Indications for Cesareau sections. (*Journal Obst. and Gyn. of the British Empire*, vol. 28, nos 3 et 4, 1921).

— The lower uterine segment incision inconservative Cesareau section. (*Journal obst. and gyn. of the British Empire*, vol. 28 nos 3 et 4, 1921).

Nouvian. — La césarienne supra-symphysaire. (*Thèse Paris*, 1921).

Oulié. — Césarienne. 24 heures après la rupture de la poche des eaux. (*Société d'obst. et de gynéc.*, 1925).

Oustry. — Du moment de l'intervention dans la césarienne. (*Thèse de Toulouse*, 1920).

Peradou. — Contribution à l'étude de la césarienne moderne. (*Thèse de Paris*, 1913).

Perrier. — Contribution à l'étude pratique de la césarienne basse. (*Thèse Strasbourg*, 1924).

Petit (H.). — Césarienne retardée. Guérison. (*Société d'obst. et de gyn.*, 12 mai 1924).

Petit de Niort. — Un exemple de mort tardive après déhiscence de la paroi utérine avec occlusion. (*Soc. d'obst.*

et de gyn. de Bordeaux, in *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, n° 1, janvier 1925).

Phaneuf. — La césarienne supra-symphysaire. (*Bruxelles médical*, 1924).

Planell (A.). — La césarienne abdominale comme intervention d'urgence. (*Revis. esp. de obst. y gyn.*, déc. 1922).

Portes. — Césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus. (*Gyn. et obst.*, octobre 1924).

Potock. — Embryotomie rachidienne. (*Thèse Paris*, 1888).

Rabaude (J.). — Présentation de l'épaule négligée et embryotomie dans la pratique rurale. (*Th. Bordeaux*, 1913).

Risacher. — Césarienne avec extériorisation temporaire et hystérectomie secondaire. (*Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 9 nov. 1925).

Rivière Marc et **Maurice.** — Deux observations d'opération de Portes. (*Société d'obstétrique et de gynéco. de Bordeaux*, 1925).

Scemla. — Pelvitomie et césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus. (*Thèse Paris*, 1925).

Shikelé. — Les interventions obstétricales chirurgicales au cours de l'accouchement. (*Gyn. et obstétrique*, 1920, janvier).

— Congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française, 1921 (in *Gyn. et obst.* 1921, tome IV, p. 524).

— Congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française, 1925.

Tarnier. — Présentation de l'épaule droite. Détroncation, application de forceps. (*Journ. des sages-femmes*, 1890 XVIII).

Taylor. — La section césarienne avec des références spéciales pour les indications actuelles. (*British Med. Journ.*, 1924).

Vaillant (L.). — De la conduite à tenir dans la présentation de l'épaule quand le fœtus est mort et petit. (*Th. Paris*, 1898).

Van Aubel. — Traitement des présentations transversales irréductibles. (*Ann. de l'Inst. Chir. de Brux.*, 1896).

Vandescal. — Césarienne suivie de l'extériorisation de l'utérus. Discussion et indications de la technique et des résultats. (*Soc. d'obst. et de gyn.*, 8 déc. 1924).

— L'opération de Portes. (*Hôpital Paris*, 1925).

Vulpelle. — De la conduite à tenir dans la dystocie due aux épaules. (*Th. Paris*, 1981).

Welton. — Résultats de la césarienne supra-symphysaire. (*Amer. Journ. of Obst. and gyn.* 1921, janvier).

Zarate. — Césarienne tardive. (*Arch. Mens. d'obst. et de gyn.* août 1914).